



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

Por Maria Adelina Russo Pinto

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica.

Maria Adelina Russo Pinto

Sob orientação da Professora Filipa Veludo

LISBOA, Maio 2012

RESUMO

Este relatório faz uma descrição e reflexão sobre os estágios de urgência e de bloco operatório, realizados no Hospital de São Francisco Xavier e Hospital de Santa Cruz respetivamente. Os referidos estágios integram o Curso Mestrado em Enfermagem na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de desenvolver competências na abordagem ao doente em situação crítica. A componente prática integra um estágio de urgência (modulo I), de cuidados intensivos /intermédios (módulo II) e um de opção (modulo III).

Para este estágio defini como objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados ao doente crítico; Como objetivo transversal aos estágios desenvolver competências na área da transplantação renal. Durante o estágio de opção, bloco operatório no HSC, realizei formação aos enfermeiros do BO sobre transplante de dador vivo – doação cruzada. Dinamizando a temática nos serviços que interagem no processo de transplantação, realizei formação sobre o processo de colheita de órgãos e de transplantação renal de cadáver e dador vivo – doação cruzada no serviço de Nefrologia.

Elaborei um poster para a consulta de transplantação renal

O Estágio no serviço de urgência HSFx visou essencialmente o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a doentes em estado crítico e sua família em situação de urgência/emergência no âmbito hospitalar. Realizei formação em relação à sensibilização dos enfermeiros para colheita de órgãos. Elaborei um fluxograma do processo de colheita de órgãos e normas e procedimentos referentes aos cuidados com o cateter de hemodiálise.

Palavras-chaves: Competências de enfermagem; Doente crítico; Dador vivo; Doação cruzada; Colheita de órgãos; Transplantação.

ABSTRACT

This report provides a description and reflection on the stages of emergency and operating theater, performed in the Hospital São Francisco Xavier Hospital and Santa Cruz respectively. These stages are part of the Masters Course in Nursing Specialty in Medical-Surgical Nursing, in order to develop skills in the approach to the patient in critical situation. The practical component includes a state of emergency (modulo I), intensive care/intermediate module (II) and an option (Module III).

For this stage to define the objective of developing skills as a nurse specialist in providing care to critically ill patients; How to stage the transversal objective of developing skills in renal transplantation. During the internship option, the operating theater in the HSC, I conducted training for nurses on the BO living donor transplant – donation particular crusade. Streamlining the theme in the services that interact in the process of transplantation, performed training on the process of organ procurement and transplantation and cadaveric kidney living donor - donation particular crusade in the service of Nephrology.

I designed a poster for the consultation of kidney transplant. Stage in the emergency HSFx aimed primarily to develop skills in caring for critically ill patients and their families in situations of urgency / emergency in the hospital. I conducted training regarding the awareness of nurses to harvest organs. I prepared a flowchart of the process of organ procurement and standards and procedures regarding the care of the hemodialysis catheter.

Keywords: nursing skills, patient critical, live donor; Donation cross; harvesting of organs; transplantation.

AGRADECIMENTOS

Este Trabalho é o culminar de uma caminhada longa, com uma travessia que parece não ter fim. O desafio e as motivações foram enormes, mas com alguns momentos de angústia e sofrimento, mas ultrapassados pelos afetos, carinho e amizade daqueles que em mim acreditam.

Agradeço àqueles que fazem parte direta ou indireta da minha vida.

À Professora Filipa Veludo, pela disponibilidade, orientação, dicas e recomendações que me foram úteis e pela amizade demonstrada ao longo deste percurso.

De modo especial, aos meus pais, pela compreensão, apoio incondicional, incentivo e motivação imprescindíveis para poder continuar.

Ao meu amor, pela compreensão e paciência, carinho, afeto e as suas sábias lições técnicas nos momentos mais difíceis.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em ações,
Em ações que tragam resultados”.

(Florence Nightingale)

ABREVIATURAS

Art.º - Artigo
Ed^a - Editora
Enf^a. – Enfermeira
Enf^o. - Enfermeiro
Min – Minutos
Nº- Número
P - Pagina
Sr.^a – Senhora
Sr. – Senhor

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS- Administração Central do Serviço de Saúde
AESOP – Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações
ANCP – Associação Nacional de cuidados paliativos
ASST – Autoridade para o Serviço de Sangue e Transplantação
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BO - Bloco operatório
CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
EDQM – European Directorate of the quality of medicines & Healthcare
EPI – Equipamento de proteção individual
EVA – Entidade Verificadora da Admissibilidade para Transplante
FAV – Fistula arterio-venosa
GPT- Grupo Português de Triagem.
HD - Hemodiálise
HEM – Hospital Egas Moniz
HSC – Hospital Santa Cruz
HSFX – Hospital São Francisco Xavier
HIV- Human immunodeficiency virus
IGIF – Instituto de gestão financeira
IRC – Insuficiente Renal Crónico
NKF KDOQI - The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
OMS – Organização Mundial de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
PCR – Paragem cardiorrespiratória
PVC – Pressão venosa central
RENDA – Registo Nacional de Não Dadores
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCCM – Society of Critical Care Medical

SO – Serviço de observação

TC – Tomografia computadorizada

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos Médicos

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos.

UKCCN – United Kingdom Central Council for Nursing

UNICOR – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INDICE	P
O – INTRODUÇÃO	11
1 - ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	16
1.1 – MODÚLO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS (CREDITADO).....	16
1.2 - MODÚLO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	23
1.3 - MODÚLO III – BLOCO OPERATÓRIO	44
2- CONCLUSÃO.....	58
3– REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
APÊNDICES.....	70
APÊNDICE I – Normas e procedimentos dos Cuidados de Enfermagem em relação ao cateter de hemodiálise	71
APÊNDICE II – Questionário de diagnóstico de situação em relação aos conhecimentos dos enfermeiros para a colheita de órgãos.....	75
APÊNDICE III – Planificação da ação de formação sobre colheita de órgãos.....	78
APÊNDICE IV – Ação de formação sobre o tema “ Colheita de órgãos” realizada no HSFX.....	80
APÊNDICE V – Questionário de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos realizada no HSFX.....	86
APÊNDICE VI – Analise dos resultados de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos	88
APÊNDICE VII – Fluxograma da colheita de órgãos.....	91
APÊNDICE VIII – Ação de formação sobre o tema “Dador vivo - doação cruzada,” Realizada no BO do HSC	95
APÊNDICE IX – Planificação da ação de formação realizada no BO HSC.....	104
APÊNDICE X – Questionário de avaliação da ação de formação.....	106
APÊNDICE XI – Resultados da avaliação de formação realizada no HSC.....	108
APÊNDICE XII – Resultados da avaliação de formação realizada no	

HSC.....	110
APÊNDICE XIII – Planificação da ação e formação	122
APÊNDICE XIV - Questionário de avaliação da ação de formação.....	128
APÊNDICE XV – Resultados da avaliação da ação de formação.....	130
APÊNDICE XVI– Poster	133
ANEXOS.....	135
ANEXO I Participação na sessão de formação “colheita de órgãos identificação do dador.....	136
ANEXO II - Participação na sessão de formação sobre o tema “Risco Clínico e Segurança do doente” realizado no HSFX	138

INDICE DE FIGURAS

P

FIGURA 1 – Parâmetros que fazem parte da dinâmica de uma equipa segundo WISINCKI.....	27
FIGURA 2 - Grupos que interagem e se intersetam no serviço ao doente HELMREICH E SCHAEFER, 1994	46

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, elaborei este relatório baseado nos estágios realizados.

Os estágios tiveram como objetivo complementar a formação teórica com a prestação direta de cuidados ao doente/família em situação crítica. A enfermagem tem o papel primordial de contribuir para o crescimento no campo da ciência humana e manter-se nas áreas académicas e científicas como disciplina da saúde digna de estudos avançados. Em parceria com a prática e com as pessoas, as experiências e vivências de saúde, que se realiza em transações humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas (WATSON, 1999, 2002). Então a prática de enfermagem – o cuidado de enfermagem dá prioridade à pessoa e não a uma lógica da organização do trabalho. Isto implica várias componentes, entre as quais, a interdisciplinaridade, a atenção acrescida à imprevisibilidade, a singularidade do ato de cuidar e adoção de uma atitude profissional que não se apoia no saber fazer.

Este relatório terá sempre subjacente uma reflexão sistemática e contínua sobre as práticas desenvolvidas no campo de estágio. Esta reflexão interveio intencionalmente no processo de construção do conhecimento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. É condição fundamental que o enfermeiro desenvolva várias competências, com vista a humanizar os cuidados de enfermagem prestados.”Define-se competência como um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base, à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta” (LOPES e NUNES, 1995, p. 10). A competência é muitas vezes entendida como a «aplicação» de saberes teóricos ou práticos ou como um conjunto de aptidões ou de traços de personalidade (rigor, espírito de iniciativa, tenacidade, ...). Só há competência quando estas são aplicadas na ação. Esta é vista como uma «soma», e na verdade trata-se de uma combinação em que cada elemento se modifica na relação com os outros, sendo pois, um processo que combina recursos (LE BOTERF, 2005).

É um saber agir em situação. Integra todos os conhecimentos através da formação, das experiências adquiridas, e que se manifestam em contexto de trabalho. Este saber agir

integra três elementos: saber mobilizar, um saber integrar, saber transferir (LE BOTERF, 2005). O que dá personalidade ao conceito de competência é a ideia subjacente de resultado, são as ideias claras ou implícitas de saber fazer, saber aplicar, saber agir, saber resolver, porque o saber operacionalizado resulta em resultados. “Competente é aquele que pondera, aprecia, avalia, julga e depois de examinar uma situação ou um problema por ângulos diferentes encontra a solução ou decide” (ANTUNES 2001, p.17). Um conceito mais moderno de competência está relacionada com uma condição diferenciada de qualificação e capacitação das pessoas para executar o seu trabalho e desempenhar as suas funções. Inicialmente o conceito é aplicado a pessoas; num segundo momento passou a ser usado também como requisitos de bom desempenho de equipas, unidades e de organizações (RESENDE, 2003).

No fundo, a praxis acompanhada de reflexão e de ligação à teoria será enriquecedora e dotará o principiante de capacidades, competências, conhecimentos e habilidades que evoluirão no sentido de perito. A prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz. A reflexão sobre as práticas tem como objetivos aumentar a confiança de cada estudante/profissional no seu desempenho; melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez ou da próxima vez (ZEICHNER, 1993).

Ao Enfermeiro Especialista compete mobilizar a informação científica, técnica, e relacional baseada na prática. Por isso os locais de estágio são espaços enriquecedores de experiência. Estes são uma forma de traduzir a teoria na prática, por conseguinte consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista. “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção ”(DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a SÉRIE — N.º 35 — 18 DE Fevereiro de 2011).

Com a evolução da sociedade nomeadamente na área da saúde, senti necessidade de ingressar na especialidade médico-cirúrgica. Chegou o momento de solidificar as minhas competências adquiridas ao longo destes anos. A especialidade é uma mais-

valia, trouxe-me um acréscimo de conhecimentos teórico práticos estando atualizada para melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, de uma forma mais diferenciada complementados com evidência científica, tornando-me um elemento de referência no serviço.

O curso de mestrado em enfermagem na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica especialidade em enfermagem médico-cirúrgica da UCP “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, sendo especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP – ICS, 2010).

A elaboração deste relatório reflexivo vem dar relevo às atividades realizadas na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem Médico-cirúrgica que se divide em três módulos.

- Módulo I – Realizado no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier;
- Módulo II – Cuidados intensivos/intermédios, o qual foi creditado;
- Módulo III – Opcional, decorreu no bloco operatório do Hospital de Santa Cruz;

Começo por iniciar este relatório pelo módulo II – creditado, para dar uma perspetiva da minha experiência profissional.

As opções pelos locais de estágio, baseou-se no conhecimento prévio de cada instituição, atendendo às oportunidades de aprendizagem que estes oferecem. Considero estes campos de estágio com potencial de aprendizagem, ao permitir importar conhecimentos, melhorar competências, e aperfeiçoar o meu desempenho. Foi determinante para a escolha:

➤ Prestar cuidados de enfermagem ao doente e sua família em situação crítica no serviço de urgência do hospital de São Francisco Xavier. O serviço de urgência é uma mais-valia na medida em que ao enfermeiro especialista compete estabelecer prioridades de intervenção no atendimento ao doente em situação de urgência/emergência no âmbito hospitalar. E intervir em necessidades de maior complexidade.

➤ Neste hospital existe oportunidade de poder desenvolver o meu objetivo transversal na área da transplantação renal, nomeadamente no serviço de urgência; Pretendo ter a perceção dos enfermeiros para a problemática da colheita de órgãos e dinamizar o processo de colheita no HSFx, uma vez que este hospital é um dos centros

de colheita de órgãos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e é o HSC que realiza posteriormente o transplante renal; Tenho como finalidade dinamizar este processo uma vez que desempenho funções no HSC.

- Pertencer ao mesmo centro hospitalar onde trabalho, uma vez que são utilizadas as mesmas normas e protocolos; Acredito que o conhecimento da cultura organizacional poderá ter mais-valias no desenvolvimento de competências de especialista ambicionadas.
- A opção pelo Hospital de Santa Cruz nomeadamente o bloco operatório surgiu porque permitiu-me realizar o meu objetivo transversal aos estágios, nomeadamente a transplantação de dador vivo – doação cruzada. Não existe nenhum hospital onde pudesse trabalhar este objetivo, uma vez que é uma técnica nova a nível nacional.
- Ser este hospital o meu local de trabalho, facilita a integração e familiarização com a cultura organizacional, facilitando o desenvolvimento das minhas competências;
- Desenvolver um projeto para estabelecer dinamismo com outros serviços do hospital nomeadamente o serviço de nefrologia e consulta externa na área da transplantação renal de dador vivo – doação cruzada.

Ambos os hospitais proporcionaram-me um leque variado de experiências onde pude desenvolver uma prática de excelência na prestação de cuidados em situação crítica.

A transplantação renal sempre despertou em mim interesse, porque trabalho com o doente IRC vivenciando diariamente o seu sofrimento e da sua família.

Para a escolha do tema contribuiu vários fatores, tais como:

- A minha experiência profissional na área da transplantação renal, tanto de dador de cadáver como de dador vivo;
- A minha atual experiência na área da hemodiálise;
- O contacto direto com doentes insuficientes renais crónicos terminais em programa de hemodiálise;
- O facto da insuficiência renal crónica ser uma doença que interfere negativamente com a qualidade de vida destes doentes, a transplantação é a única opção que lhe pode trazer qualidade de vida. Trabalhar esta esperança é bastante motivador. O trabalho com o doente transplantado transmite-nos enquanto enfermeiros uma experiência profissional, que muito nos diferencia de outros profissionais. Nos dados da Autoridade para o Serviço de Sangue e Transplantação, verifica-se que o número de insuficientes renais crónicos tem vindo a aumentar, enquanto o número de transplantes renais não

acompanha esse crescimento. No ano de 2011 em relação ao ano de 2010, houve menos cinquenta e duas colheitas de dadores de cadáver (ASST, 2011).

A transplantação renal impõe-se decisiva e definitivamente como a terapêutica de eleição da insuficiência renal. Entende-se por transplantação “o ato de colher um órgão ou tecido, ou parte deles, de um individuo (dador) e implanta-lo em outro indivíduo (recetor)” (COIMBRA 1995, p. 35-38).

O presente relatório, encontra-se dividido em três partes: Introdução, desenvolvimento e conclusão. Para a elaboração deste relatório é utilizada uma metodologia descritiva, visa expor de uma forma crítica e reflexiva as atividades Assim tracei para este relatório os seguintes objetivos:

- Justificar a opção dos locais de estágio;
- Caracterizar os locais de estágio;
- Explicar os objetivos do estágio;
- Demonstrar capacidade para identificar situação-problema da prática diária e respetivas estratégias de intervenção com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem;
- Demonstrar o desenvolvimento de competências;
- Analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Salientar o papel do enfermeiro especialista na promoção na melhoria da qualidade dos cuidados prestados;

A conclusão surge como síntese do trabalho desenvolvido onde será feita uma reflexão final bem como uma avaliação crítica dos aspetos mais relevantes para construção do meu processo de aprendizagem.

Será apresentada a bibliografia, que serviu de base ao relatório e os respetivos apêndices que servem para melhor compreensão das atividades descritas.

A elaboração deste relatório surge como uma necessidade formativa dando visibilidade e conhecimento do processo de aprendizagem e de aquisição de competências desenvolvidas funcionando como avaliação do mesmo sendo que “as competências existem quando os indivíduos que receberam formação aplicam eficazmente, e com conhecimento de causa, aquilo que eles aprenderam na formação numa situação de trabalho concreta” (LE BOTERF, 2003, p. 41).

1 – ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As atividades desenvolvidas tiveram como base o projeto elaborado e as diretrizes inerentes ao estatuto de Enfermeiro Especialista, reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a SÉRIE — N.º 35 — 18 DE FEVEREIRO DE 2011). Pretendo neste relatório relatar as atividades, fazer uma reflexão e análise dos três módulos de estágio. Começo por fazer a análise crítica do módulo II - Unidade de cuidados intensivos/intermédios – creditado, dando uma perspetiva do meu desempenho e das minhas competências desenvolvidas ao longo da minha atividade profissional. Módulo I - realizado no HSFx serviço de urgência e módulo III - realizado no HSC no bloco operatório.

Ao longo deste relatório em cada módulo vou dando exemplos da minha prática para demonstrar as competências desenvolvidas em cada contexto de estágio, competências estas de acordo com o regulamento do Mestrado em Enfermagem do Curso de Especialidade Médico-Cirúrgica da UCP (UCP, 210).

1.1. – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS

O Módulo II cuidados intensivos/intermédios do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, foi-me creditado. Pretendo assim de uma forma resumida relatar o meu percurso profissional ao longo destes dezasseis anos de profissão, descrevendo as atividades desenvolvidas em contexto de cuidados intensivos/intermédios.

Iniciei funções no HSC 1996 no serviço de cirurgia geral e transplantação renal, onde permaneci durante treze anos.

O HSC tem uma cultura organizacional muito própria que está relacionada com os valores, a qualidade de vida no local de trabalho, a sua própria identidade que se demonstra através da forma de estar dos seus profissionais, pelo fardamento e apresentação destes, pela forma de comunicar com o doente e família, pelos princípios orientadores na prestação de cuidados, pela motivação demonstrada que se reflete na satisfação profissional. Estes valores são instituídos através de rituais, hábitos e crenças

comuns a todos que aí trabalham, no respeito pelo doente e sua família aceitando a sua diferenciação cultural. Estes rituais produzem normas e procedimentos de comportamento e de atuação que acabam por ser comuns na nossa conduta profissional (INFESTAS GIL, 1991).

No serviço de cirurgia geral prestei cuidados de enfermagem ao doente internado na enfermaria e unidade de cuidados intermédios. Aqui encontram-se doentes submetidos a cirurgia em pós-operatório imediato, ou doentes com complicações cirúrgicas, muitas vezes em situação crítica.

A enfermagem tem um papel importante ao cuidar em cuidados intensivos. Juntamente com todo o aparato tecnológico indispensável à vigilância hemodinâmica do doente, pretendi como enfermeira nunca descuidar o cuidar do doente e da família estabelecendo uma relação empática e de interajuda. “A enfermeira de cuidados intensivos tem de ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas ao tempo e situação do doente” (URDEN et. al. 2008, p.6).

No pós-operatório imediato alguns destes doentes vêm do BO com ventilação mecânica e/ou com instabilidade hemodinâmica, com perfusão de inotrópicos necessitando muitas vezes de técnicas dialíticas contínuas por falência multiorgânica.

As cirurgias mais frequentes são fundamentalmente doentes submetidos a transplante renal, considerada uma das prioridades do serviço (transplante de dador vivo e dador de cadáver), cirurgia digestiva, oncológica, doente submetido a cirurgia vascular, endócrina, ginecológica/urológica e cirurgia plástica. É de salientar que grande parte dos nossos doentes tem outras patologias associadas como: Diabetes mellitus, doença cardíaca ou insuficiência renal, tornando-se doentes de alto risco cirúrgico. O tempo de internamento é condicionado pela evolução clínica do doente.

Como enfermeira de cuidados intermédios tenha um papel preponderante nesta fase fazendo o despiste de complicações, valorizando as queixas, sinais e sintomas que o doente possa apresentar, através de uma observação constante e monitorização de parâmetros vitais.

Prestar cuidados ao doente em situação de médio e alto risco, obrigou-me a uma aquisição e atualização permanente de conhecimentos, avaliação e reflexão sobre a prática diária, com o objetivo de melhorar as competências individuais. Sempre que prestei cuidados de enfermagem ao doente independentemente do seu estado de

consciência, promovia a comunicação através do toque ou palavras. Tocava o doente com movimentos calmos e suaves, falava com um tom de voz baixo, ao mesmo tempo que segurava na mão, por vezes o estar em silêncio e aperta-lhe a mão, são formas de comunicação que visam proporcionar o conforto e segurança e contribuem para o estabelecimento da interação enfermeiro/doente (MARQUES, 2009).

Dos doentes submetidos a cirúrgica uma grande parte são doentes transplantados renais de dador de cadáver ou de dador vivo. A transplantação sempre foi uma área bastante aliciante para mim, uma vez que existe uma envolvimento muito grande de toda a equipa multidisciplinar. Damos uma nova esperança de vida àquele doente que tinha como perspectiva a dependência de uma máquina.

No pós-operatório imediato o doente submetido a transplante é um doente que requer cuidados de enfermagem muito específicos na área da transplantação. São doentes que podem ficar com suporte de ventilação mecânica durante as primeiras horas de pós-operatório, necessitando de avaliações horárias de parâmetros vitais, administração de soros consoante PVC e débitos urinários, avaliação de drenagens.

No tratamento das rejeições são usados imunossuppressores que têm efeitos secundários que implicam muita vigilância, efeitos estes que podem desencadear edema agudo do pulmão ou paragem cardíaca. Alguns doentes também fazem hemofiltração ou hemodiálise até a função renal se estabilizar.

Durante este período o doente/família passa por várias fases de ansiedade perguntando-me sistematicamente se está a urinar, se os parâmetros analíticos estão a melhorar e vivem à espera do próximo dia para colher novamente sangue para análises.

Fazia o ensino para a alta ao doente/família. Todo este ensino requer mais ou menos atenção consoante a situação sociocultural do doente e do apoio familiar. Por vezes é necessário recorrer a esquemas para o doente perceber (por exemplo, desenhar relógios com horas para administração de terapêutica) por este ser analfabeto ou até se uma criança.

O doente ao ser transplantado toda a sua vida e da família vai sofrer mudanças e requer adaptação à “nova vida “. Os enfermeiros têm um papel muito importante neste processo de prestação de cuidados ao doente e família, tendo em consideração as mudanças que existem nas suas vidas. Apesar da transplantação trazer alguma melhoria

da qualidade de vida do doente, este não deixa de requerer cuidados muito específicos para a manutenção do seu rim, readaptando-se aos condicionalismos inerentes à transplantação.

Como enfermeira desenvolvia uma metodologia de trabalho em relação ao ensino do doente transplantado. Porque é importante saber se o doente/família consegue garantir a continuidade dos cuidados com o objetivo de o tornar o mais autónomo possível no seu processo de readaptação a esta nova fase da sua vida Meleis com a teoria de médio alcance das transições, facilita uma visão mais profunda. É fundamental que a pessoa em transição esteja atenta às mudanças que estão a decorrer de forma a envolver-se nelas (MELEIS et al, 2000). A definição mais comum de transição é *“A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra (...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente* (CHICK e MELEIS, 1986, p.239-240). Os enfermeiros preparam os doentes para a transição e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença do doente (MELEIS et al, 2000).

Através dos diagnósticos de enfermagem tinha aperceção do deficit de conhecimentos que o doente apresentava relacionados com a transplantação. Fazia a planificação das ações de intervenção definindo os pontos mais importantes para reforçar no ensino nomeadamente a medicação a importância desta ser tomada a horas, os cuidados a ter por ser um doente imunodeprimido mais suscetível de apanhar infeções e à medida que o ensino ia sendo feito, fazia a avaliação das ações e das intervenções junto do doente e família. O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que vivem transições, cujo objetivo não é apenas conhecer a teoria, mas a partir da sua utilidade usar formas para aplicar este conhecimento na prática. Assim sendo, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007). A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão deste processo. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis [et al.], 2000).

Como enfermeira estava sensibilizada para a preparação da alta, iniciando o ensino na adaptação do doente a esta nova etapa da sua vida, desde o momento da admissão, livre

de doença, proporcionando deste modo o sucesso da transplantação (DIAS et al, 2004; SASSO et al, 2005).

Durante a minha permanência no serviço, colaborei na elaboração de normas e procedimentos, planos de cuidados tipos para os doentes transplantados, facilitando uma metodologia de trabalho melhor mais normalizada e consensual garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. Como enfermeiros não podemos descurar os registos das nossas intervenções visando um cuidar fundamentado assente em dados credíveis, sempre com o objetivo de promover a qualidade de vida do doente.

Desde 2006 que me encontro a trabalhar no serviço de nefrologia na unidade de hemodiálise. Presto cuidados de enfermagem e realizo técnicas dialíticas ao doente insuficiente renal agudo ou crónico em situação de urgência ou em programa regular de hemodiálise. Este serviço dá apoio hemodialítico a todo o hospital (UCI, UNICOR, cirurgia, nefrologia e serviço de cirurgia cardioracica) realizando estas técnicas aos doentes em situação crítica. Por vezes é necessário realizar HD no bloco operatório durante a cirurgia cardíaca com apoio de circulação extra corporal.

O serviço de hemodiálise dá apoio ao HSF. Algumas vezes vou ao hospital realizar HD aos doentes que se encontram em edema agudo do pulmão, em hipercaliémia ou por instabilidade hemodinâmica e que a pela sua situação critica que não podem ser transferidos para HSC. As técnicas dialíticas são realizadas na urgência, UCIP e na UCIM.

Passamos por diferentes níveis de proficiência de aquisição de competências (BENNER, 2001). Por isso em relação ao nível de competência em que me enquadro é no nível de perito, não só pelos anos de experiência mas pelas funções que desempenho.

Pela minha experiência profissional e através das atividades desenvolvidas consegui:

- Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pela sua crença e pela sua cultura;

Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; (UCP, 2010).

Durante os anos que trabalhei no serviço de Cirurgia Geral desempenhei funções de chefe de equipa, tanto na enfermaria como na UCINT. Desempenhei estas funções da melhor forma, respeitando os meus elementos, através de uma comunicação o mais assertiva possível. Tive sempre em atenção as necessidades avaliadas ou manifestadas pela equipa. A equipa pode ser definida como um meio para a ação concreta. Ou seja durante o meu tempo como chefe de equipa procurei trabalhar em colaboração e respeito mútuo com as diversas dificuldades e responsabilidades que foram surgindo, procurando um caminho de cooperação que desse aos enfermeiros da minha equipa uma tarefa mais completa e com responsabilidade (KOEMER, COHEN, AMSTRONG, 1986). Isto só é possível se houver uma liderança eficaz. É a capacidade para promover a ação coordenada, com vista ao alcance dos objetivos organizacionais (GOMES, 2000). É um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objetivos (FACHADA, 1998). A liderança está relacionada com as competências de comunicação e de transmissão de ideias, e é um fenómeno de influência interpessoal (FARIA, 2007). Durante estes anos tentei desempenhar um estilo de liderança democrática. Através de uma liderança participativa ou consultiva envolvia os elementos da equipa em todas as decisões que seriam necessárias tomar. Neste tipo de liderança existe participação no processo decisório. As diretrizes são debatidas e decididas pelo grupo (LACOMBE, 2003).

O sistema de classificação de doentes consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, fazia a distribuição dos doentes, dando particular atenção aos elementos que eram responsáveis por doentes com maior grau de dependência, necessitando de maior número de horas de cuidados, ou os elementos com menor experiência com vista a necessitarem de colaboração. Este sistema tem como objetivos: Otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planear cuidados a prestar, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço, Identificar as necessidades em recursos de enfermagem, adequar a dotação dos quadros de pessoal (IGIF, 2000).

Ao longo destes anos pretendi que no contacto com a equipa médica criar uma relação de confiança, tendo por base o profissionalismo.

Integrei novos elementos no serviço definindo estratégias de aprendizagem, através de reuniões informais. Incentivei todos os elementos a participar e colaborar na formação permanente em contexto de serviço, mantendo-se sempre atualizados, para que possam desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências, com o objetivo de prestar cuidados de excelência a todos aqueles que cuidam.

Fui responsável pela orientação de vários alunos tanto da Escola Superior de Enfermagem de São Vicente Paulo, como da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil Martins. A orientação de alunos em ensino clínico é importante para o enfermeiro orientador e para o aluno, pela possibilidade de partilha de experiências e de aprendizagem. Por isso exerci funções de supervisão. Entende-se que o supervisor deverá fazer desenvolver nos formandos um conjunto de capacidade e atitudes com vista à excelência e qualidade dos cuidados. Neste processo o supervisor deve acompanhar de perto, em ligação à prática profissional dos seus formandos (ALARCÃO e TAVARES, 2003). A supervisão clínica é uma forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais (UKCCN, 1996)

Durante a minha permanência no serviço realizei formação em serviço nomeadamente cinco ações de formação, na área da transplantação.

As ações de formação no serviço estavam direcionadas aos novos enfermeiros do serviço. Visavam a prestação de cuidados de enfermagem cirúrgicos ao doente transplantado renal no pós-operatório, e ainda os cuidados de enfermagem ao doentes com complicações cirúrgicas. Realizei também formação sobre medicação imunossupressora nomeadamente efeitos secundários. Outra área de formação que realizei foi o ensino e preparação para a alta do doente transplantado renal. Ao longo dos anos fui contribuindo também para a realização de normas e procedimentos de ensino do doente diminuindo assim o risco de erro, contribuindo para uma maior qualidade de cuidados (ACSS, 2011).

Elaborei planos de cuidados tipo que foram implementados, tanto para o doente transplantado como para o doente com pancreatite aguda.

Realizei também formação para o serviço de nefrologia e hemodiálise referentes aos cuidados de enfermagem ao doente transplantado com complicações médicas e também referente à administração de terapêutica imunossupressora.

Frequentei vários congressos, dos quais participei em dois com apresentação de trabalhos. Congresso luso-brasileiro de transplantação onde apresentei um poster sobre o tema – Transplante de dador vivo – Necessidades de Informação. Outro congresso Fórum desafios em Enfermagem Transplante renal – da esperança à mudança (poster). Através da formação desenvolvi várias competências e pude desta forma contribuir para a formação de outros enfermeiros e de enfermeiros novos no serviço.

Desta forma desenvolvi as seguintes competências:

- Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
- Colabora na integração de novos profissionais;
- Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização;
- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização;
- Identifica necessidades formativas na sua área de especialização;
- Promove a formação em serviço na sua área de especialização; (UCP, 2010).

1.2 - MODULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

As modificações sócio económicas e tecnológicas das últimas décadas bem como as alterações na estrutura organizacional, constituem um desafio aos profissionais de saúde nomeadamente aos enfermeiros. A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale, sendo que a partir da década de 70, sentiu-se necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência. Desde então começou a investir-se em profissionais que atuam neste setor, dado que a atuação em situações de alto risco requer coragem e ambientes facilitadores que apoiem a aprendizagem. A competência dos cuidados de enfermagem necessita de programas de educação bem planificados (BENNER, 2001).

Iniciei o meu estágio no dia 26 de setembro de 2011 no Hospital de São Francisco Xavier no Serviço de Urgência.

Este estágio visou essencialmente o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados a doentes em estado crítico e em situação de urgência/emergência no âmbito

hospitalar, bem como o aprofundar de conhecimentos nesta área e desenvolvimento de competências relacionadas com o apoio ao doente/família.

Participei ativamente na prestação de cuidados de enfermagem individualizados, respeitando o doente e que todas as intervenções fossem "realizadas com a preocupação da defesa e liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro" (DIÁRIO DA REPÚBLICA I SERIE - LEI Nº 93 DE 21 DE ABRIL DE 1998), de forma a prestar cuidados urgente e emergente de acordo com os recursos, normas e protocolos da instituição.

O Ministério da Saúde adquiriu o atual Hospital de São Francisco Xavier em 24 de abril de 1987 dominado na altura de "Clínica do Restelo", com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar à área ocidental de Lisboa. Em 2006 é criado o Centro Hospitalar de Lisboa ocidental que engloba os Hospitais de Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz. Este Centro tem como missão prioritária a prestação de Cuidados de Saúde Especializados à população da Zona Ocidental de Lisboa e de Oeiras, abrangendo em prestação direta mais de 400.000 habitantes e cerca de 1.000.000 como instituição de referenciação. Neste hospital estão sediadas a urgência geral, a urgência pediátrica e a urgência obstétrica da zona ocidental (CHLO, 2011).

Iniciei o meu estágio fazendo uma visita guiada pelo serviço acompanhada pela enfermeira responsável. Esta visita revelou-se de extrema importância no conhecimento da estrutura orgânico/funcional do mesmo. O conhecimento da estrutura física e organizacional, as normas protocolos de atuação e "*guidelines*" constituem um requisito indispensável.

O serviço é constituído por uma sala de triagem de Manchester, onde permanecem dois enfermeiros. Consiste em estabelecer uma triagem de prioridades, através de uma identificação objetiva e sistemática dos critérios de gravidade, dando a conhecer a prioridade clínica e o tempo recomendado até à observação médica. (GPT, 2009).

Faz parte do serviço, sala de atendimento geral, reanimação com capacidade para atendimento de quatro doentes em simultâneo, que tenham necessidade de monitorização hemodinâmica e de ventilação. Aqui encontra-se atribuído um enfermeiro por turno ou se necessário reforça-se conforme as necessidades de cuidados prestados. Existe ainda balcão com capacidade para dez macas, uma sala de inaloterapia

e uma sala de atendimento médico. Tem uma sala de pequena cirurgia, trauma, ortopedia, consultório de psiquiatria, duas salas de decisão clínica e um SO com capacidade para doze camas, onde os doentes aguardam que a sua situação clínica estabilize, ou que haja vaga noutros serviços. Na sala de decisão clínica, tal como o nome indica, os doentes aguardam realização de exames, ou que se chegue ao seu diagnóstico. Fui apresentada aos vários enfermeiros e médicos que se iam cruzando comigo. Estive na sala de trauma onde se encontra também a ortopedia. Passei pelo balcão e pequena cirurgia. O serviço de urgência após obras efetuadas revela-se um serviço mais acolhedor, onde o doente tem mais privacidade e conforto, assim como os profissionais que nele trabalham. Tem uma sala de enfermagem, gabinete da Enfermeira Chefe e sala de descanso médico. A equipa de enfermagem é constituída por Enfermeira Chefe, quatro Enfermeiras coordenadoras, e cinco equipas de Enfermagem compostas por cerca de quinze enfermeiros cada. Os enfermeiros são distribuídos pelas várias valências do serviço, tendo em atenção as necessidades do mesmo.

Sempre que possível era integrada na sala de reanimação e quando tal não se justificava (por ausência de doentes), era integrada nas restantes valências onde se encontravam outros doentes em situação de urgência. Sendo por isso possível vivenciar e experienciar realidades distintas e assim promover o desenvolvimento de um elevado número de conhecimentos teórico-práticos e competências na área de especialização.

O método de trabalho instituído na urgência é o método individual. No entanto verifica-se que este muda consoante o sector. No SO existe um método individual, em que cada enfermeiro é responsável por todos os cuidados a prestar a um determinado número de doentes. Baseia-se no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único doente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir (PINHEIRO, 1994).

Na reanimação observa-se o método de equipa uma vez que tem com objetivo reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo (KRON e GRAY, 1989), onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder. Neste caso o enfermeiro que fica escalado com responsável da reanimação, que orienta e lidera as ações dos outros quando um doente chega (HUMPHRIS, 1988).

Em balcão verifica-se o método de trabalho funcional existe um modo de organização em que o processo de trabalho é em tarefas. Cada enfermeiro é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas

quanto à sua sequência e execução (LOPES, 1995). Esta atomização é visível quando utilizada pelos enfermeiros quando descrevem as suas intervenções: puncionar vias periféricas, preparar a medicação, fazer a mudança dos soros, fazer as mudanças de terapêutica algaliar, pois cada um faz uma determinada intervenção. No entanto foi observado um cuidado holístico na abordagem ao doente.

O trabalho em equipa tem especificidades e dificuldades muito próprias. É importante que se trabalhe a motivação da equipa, para que se crie uma estrutura que permita manter um nível de motivação que ajude a ultrapassar as dificuldades que possam surgir. Verifiquei que na urgência os enfermeiros possuem sentimentos de pertença com o grupo e organização. Sentem orgulho em pertencer àquele hospital, sentem-se motivados e com autoestima. Pois a motivação reflete-se na qualidade dos cuidados de enfermagem e na eficiência institucional (FEDERICO e LEITÃO, 1999). “Não se pode fazer referência à organização, seja de que tipo for, sem que se enquadre o processo de comunicação” (FEDERICO e LEITÃO, 1999, P.32).

O trabalho em equipa nesta unidade é de extrema importância, a coordenação e a eficiência foi considerado por mim como excelente, uma vez que observei “o enfermeiro assume o dever de (...) integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalha, colaborando, com a sua responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p.121).

A dinâmica da equipa está relacionada com a sua interação e alcance de objetivos, essenciais nomeadamente a participação equilibrada de todos os elementos e a responsabilização de cada membro que são a base de estrutura de uma equipa.

Verifiquei que a chefia reunia com regularidade com os elementos mais velhos do serviço, para os consultar sobre um determinado assunto específico respeitando a sua opinião. Para fazer parte da equipa, por vezes, os elementos têm de renunciar à sua posição pessoal em prol desta, sendo essencial uma avaliação constante, que permita analisar resultados e corrigir lacunas. É da responsabilidade de cada membro manter um bom relacionamento dentro da equipa, tentando resolver conflitos pessoais, e na consciencialização de que os erros individuais interferem e atingem toda a equipa. (WISINCKI, J., 1994). A dinâmica da equipa é influenciada pela interação de diversos parâmetros (figura 1).

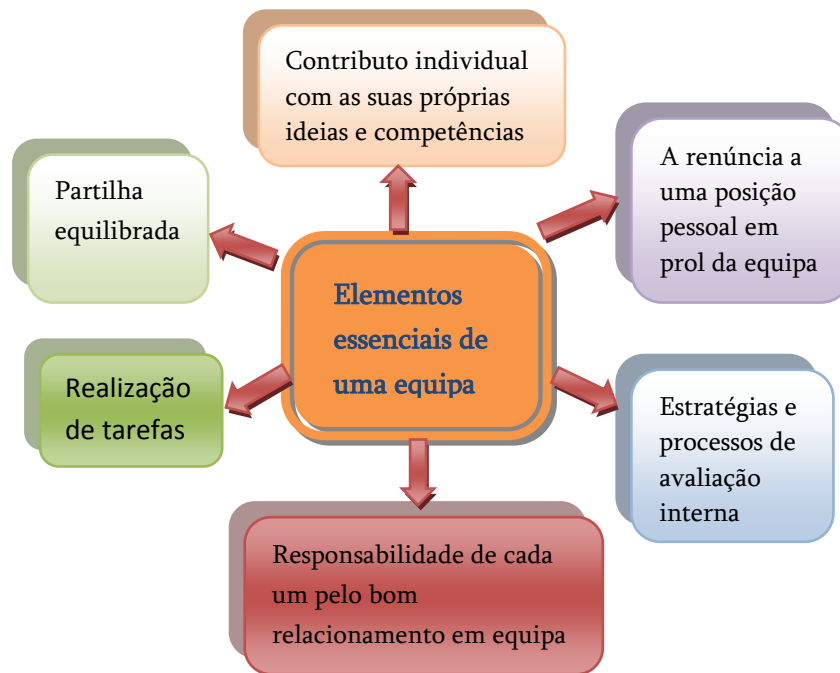


Figura 1 – Parâmetros que fazem parte da dinâmica de uma equipa segundo Wisinki (1994).

OBJETIVO 1: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente em estado crítico e sua família, nas várias vertentes do Serviço de Urgência.

Ao definir este objetivo desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados, ao doente em estado crítico e sua família, tive em conta as competências que já tinha desenvolvido ao longo do meu percurso profissional. Iniciei o meu estágio no balcão geral. No início prestei cuidados de enfermagem ao doente com supervisão da enfermeira orientadora, observando o agir do enfermeiro da urgência para depois posteriormente me tornar independente e autónoma na minha prestação de cuidados.

No princípio os receios e anseios, inerentes ao desconhecido, porque apesar do tempo de exercício profissional estava perante uma situação nova. As enfermeiras com nível superior de competência numa dada área podem ser classificadas como principiantes quando exposta a uma situação desconhecida (BENNER, 2001).

Recebia o doente vindo da triagem. Este era observado pelo médico e de seguida era puncionado acesso venoso periférico, procedia-se à administração de terapêutica ou então enviado para a realização de exames. Promovi a prestação de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades avaliadas, de forma a estabelecer um plano

de cuidados individualizado. Prestei cuidados de higiene e conforto, promovi vigilância hemodinâmica constante que permitia a deteção e despiste precoce de complicações, tais como: alterações respiratórias, presença de choque, avaliação da dor vigilância do estado neurológico, interpretação dos valores laboratório. Como exemplos da minha prática:

Recebi o Sr. V.M. vindo de um lar, doente pouco reativo completamente desidratado. O seu estado de prostração é tal, que ao ser puncionado o seu rosto não expressa qualquer sentimento de dor. Como enfermeira procuro satisfazer as suas necessidades humanas básicas, o “cuidar”. Este tem que considerar duas categorias – “a competência técnica” – ao doente presto os cuidados de enfermagem, massajo-o, posiciono-o de forma a deixa-lo o mais confortável possível, administro-lhe terapêutica, coloco-lhe roupa sobre a cama para que se sinta aquecido e peço para lhe trazerem uma papa. A outra categoria é a “sensibilidade afetiva” - Apercebo-me que este doente não vinha acompanhado por nenhum familiar, vinha só com os bombeiros. Contactei a assistente social para que esta tomasse conhecimento da sua situação e tentasse encontrar alguém mais próximo do doente. Estas duas competências não podem ser separadas a técnica e a afetiva (PACHECO, 2002). Desta forma, o Enfermeiro tem que ser detentor de capacidades técnicas e conhecimentos científicos, mas também de humanismo, sendo sensível às suas necessidades enquanto Ser humano.

Desenvolver atitudes de conforto e encorajamento mesmo quando a cura já não é possível, foi a minha prioridade enquanto profissional e, neste caso, ajudar a pessoa a viver melhor enquanto viver, utilizando as minhas capacidades na prestação de cuidados globais preocupada com a pessoa como ser holístico – Cuidar (PACHECO, 2002; VALADAS, 2005).”Quem pretende prestar cuidados de enfermagem holísticos e humanísticos, deve ser capaz de cuidar e tratar”. (PACHECO 2002, p. 32).

Outra situação foi da Sr.^a M. que deu entrada durante a noite por diarreia. Tinha sido deixada na urgência sem qualquer contacto dos familiares. Mais do que a sua doença foi importante falar com a assistente social para tentar contactar a família. Disponibilizei algum do meu tempo e atenção para a poder escutar os seus receios e as suas queixas por não ter os familiares por perto. Senti as suas mãos frias e trémulas, tentei estabelecer uma relação empática e uma relação de ajuda, desenvolvendo competências de comunicação e de relação através do toque, estabelece confiança e manifestava o cuidado. A mão desperta em nós a essência quando somos tocados...mais do que os

próprios remédios (BOFF, 1999). Para a escutar procurei todos os momentos para estar com ela, mesmo na mais pequenas ocasiões. Quando lhe prestava cuidados físicos, os tratamentos, a administração de terapêutica, todos os momentos serviam para a escutar e ajudar. O ato de ajudar impõe exigências. É importante que a enfermeira dê do seu tempo, dê da sua competência, do seu saber, do seu interesse e da sua capacidade de escuta e de compreensão, dê de si própria. “Um dos elementos importantes do contacto dos profissionais de saúde está, além da observação, a escuta... Se ouvirmos os doentes, sobretudo aqueles portadores de patologia que pode desencadear dor, verificaremos que um dos grandes medos que estas pessoas têm é o de morrer sofrendo dores...” (LAZURE, 1994; CARVALHO, 1996, p. 53).

Num dos dias quando estava no balcão chegou o Sr. D. de 32 anos em fase pré terminal da sua doença (HIV), a sofrer diante da sua auto imagem já alterada e a família a deparar-se com as suas possibilidades de ajuda esgotadas. A irmã que o acompanhava disse *“para mim, seria pior se ele estivesse em casa, pois não poderia fazer nada. Estando aqui consigo dormir melhor, mais tranquila, se acontecer o pior, eu fiz alguma coisa por ele. Em casa não tenho o recurso que tem o hospital”* SIC. Disse-lhe que iria tentar resolver a situação falando com o médico de serviço para encontrarmos a solução mais adequada para o doente, uma vez que não se conseguia vaga nos cuidados paliativos. É importante conhecer-se as necessidades dos doentes e familiares, mas não se poder ter só em conta os aspetos relacionados com a incapacidade física dos doentes, pois a capacidade dos doentes e familiares de se adaptarem à nova situação é fundamental (ALMEIDA, 1999). Neste doente as medidas de conforto são fundamentais, segundo KOLCABA, as medidas de conforto são definidas como “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Ao doente coloquei-lhe um cateter venoso periférico, administrei terapêutica analgésica, e prestei cuidados de higiene e apliquei medidas de conforto fisiológicas massajando-o e posicionando-o. Em relação as medidas psicológicas, procurei estabelecer uma relação empática. Estas duas por sua vez conduzem a um conforto espiritual e físico.

Kolcaba define ainda três tipos de conforto: Alívio – Através da prestação de cuidados de higiene, massajando-o posicionando-o e administrando terapêutica. Contactei a médica de serviço para que fosse avaliado da parte analgésica uma vez que a medicação

prescrita não surtia efeito, assim o doente viu satisfeitas as suas necessidades; Tranquilidade – passando a um estado de calma ou contentamento; Transcendência – o doente suplanta os seus problemas ou sofrimento. Este conforto é sentido de uma forma física – pertence às sensações do corpo; Psicoespiritual – pertence à consciência interna aumentando a sua auto estima, melhorando o conceito de si próprio, sexualidade e significado da vida; Ambiental – pertence ao meio, influências externas; Social – refletindo-se nas relações interpessoais (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

À irmã do doente, foi importante dar-lhe tempo para que pudesse exprimir toda a revolta sentida, por falta de apoio das várias estruturas e pelo tempo que aguarda os cuidados paliativos. Como referenciou “ *qualquer dia já não vale a pena, tanto tempo à espera, isto acontece por causa da doença que tem...* ” SIC. Em conversa com médica chegamos à conclusão que o doente seria transferido para o HEM para estabilizar a sua situação e aguardar internamento nos cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos constituem a resposta adequada dos cuidados de saúde para uma pessoa que está numa situação de doença progressiva, irreversível ou já numa fase terminal, em situações em que os tratamentos curativos são inúteis e desnecessários (ANCP, 2006). Conforme preconizado pelas diretivas da Organização Mundial de Saúde (2002) têm como componentes essenciais: “o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade” (ANCP, 2006). Através do exemplo anterior operacionalizei na prática da melhor forma possível a aplicação dos cuidados paliativos.

A doença é uma marca deixada no nome, no corpo, na vida e na morte. O diagnóstico nomeia um mal e faz do doente um “morto vivo” que o matou provisoriamente com o estigma da doença, deixando os seus vestígios, trazendo profundas modificações na vida das pessoas. O sofrimento invoca significados desde força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, despertando emoções que podem ser positivas ou negativas (KOVÁCS, 1996; RODRIGUES e CARDOSO, 1998).

As pessoas procuram no atendimento hospitalar competência e acolhimento, e uma depende da outra. Ambas são características necessárias e essenciais para mantê-lo como um lugar digno de cuidados. O cuidado e a compaixão são fundamentais na vida humana. A essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado e este é o suporte real. Todos que utilizam o hospital buscam a garantia desse cuidado. O doente preocupa-se com o seu estado de saúde e com a qualidade do atendimento recebido pelos profissionais. Ele sabe quando

entra, mas não sabe quando vai sair. As suas preocupações iniciam-se logo na receção do hospital onde existe a possibilidade de separação de seus vínculos afetivos. Ele espera ansiosamente a alta hospitalar, desde o primeiro dia de internado (BOFF, 1999).

Uma outra situação que mereceu alguma reflexão foi a de um doente admitido no dia anterior em SO, com um quadro de dificuldade respiratória, a quem foi diagnosticado edema agudo do pulmão. A preocupação primordial dos profissionais foi estabilizar o doente no momento. De manhã quando fomos receber o turno ao passar pelo doente observei que a sua situação se tinha complicado, encontrava-se muito polipneico agitado com baixas saturações periféricas de oxigénio. Falei com a médica de serviço no sentido de informá-la sobre a situação e ao mesmo tempo sugeri-lhe a realização de colheita de sangue para gasometria arterial, subi o aporte de oxigénio da máscara e procedi à transferência do doente para a reanimação, onde acabou posteriormente por ser ventilado.

Desta forma atingi a seguinte competência:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, da sua formação pós-graduada.
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica; (UCP, 2010).

Permaneci algum tempo na sala de reanimação. É aqui neste serviço que se encontra o doente em situação mais crítica com necessidades mais prementes. Ao longo do estágio prestei cuidados de enfermagem ao doente vítima de trauma com o objetivo de avaliar as suas necessidades em termos de cuidados, estabelecendo prioridades de atuação visando o despiste precoce de lesões. Para minimizar perdas de tempo na abordagem ao doente é fundamental que a sala de reanimação se encontre preparada com todos os recursos materiais indispensáveis e equipamentos devidamente montados e testados. Todos estes procedimentos são efetuados no início de cada turno e sempre que a sala é utilizada.

Por isso colaborei com a enfermeira na verificação de falhas de material, equipamentos, medicação e reposição dos mesmos. Realizei também testes e verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação.

É sem dúvida o local onde a nossa atuação tem de ser, em paralelo com a restante equipa multidisciplinar, rápida e efetiva de forma a garantir segurança e qualidade dos cuidados. As competências técnicas não foram de todo uma dificuldade. Tudo tem de ser realizado com muita destreza para assim chegar a um diagnóstico tão rápido quanto possível e se poder implementar intervenções de tratamento, minimizando o sofrimento do doente. É importante que cada elemento da equipa multidisciplinar saiba desempenhar com grande rigor o seu papel diminuindo os riscos de vida do doente. “A eficácia no tratamento de doentes graves depende da capacidade da equipa seguir e cumprir os passos pré-determinados e protocolados para preservar os aspetos essenciais à sobrevivência do doente” (REANIMA e a SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA, 1998, p 1.1).

O tempo que permaneci na reanimação passei a ser um elemento da equipa. À medida que iam surgindo novas e diferentes situações, exigiam o desenvolvimento de capacidades e competências para saber atuar adequadamente. No início era mais um elemento, com o passar do tempo foram-me atribuídas funções como a qualquer um dos enfermeiros do serviço. Aquando da admissão de um doente na sala de reanimação ficava responsável pela ventilação juntamente com o médico. Preparei material e colaborei na entubação endotraqueal e ventilação, monitorização com o objetivo de avaliar a sua estabilidade hemodinâmica, verificar posição do tubo endotraqueal, colocar acesso venoso, iniciar soros e perfusões, sedativos, analgésicos, amins, etc. após estabilidade hemodinâmica procedia à sua transferência.

Como exemplos da minha prática na sala de reanimação a Sr.^a A. que fez tentativa de suicídio por queda de um terceiro andar. O impacto foi minimizado pelos estendais da roupa dos vários pisos. Sofreu apenas fraturas de quatro costelas com pneumotorax e um pequeno hematoma sub-dural. Após a sua estabilização hemodinâmica, fui falar com a família que estava muito ansiosa e que se encontrava à porta da reanimação. Tentei acalma-los pois o estado clínico da Sr.^a não era assim tão grave como se pensava, no entanto apercebi-me da sua situação familiar ser complexa. A doente encontrava-se numa fase de divórcio e de desemprego. Em conversa com a filha mais velha, a mãe já não era a primeira vez que se tentava suicidar e que os filhos menores estavam com alguma dificuldade em conseguir lidar com a situação. Disse-lhe que seria importante um acompanhamento psicológico para a doente e até se necessário para alguns dos filhos menores, porque viver sistematicamente num ambiente de instabilidade familiar

também não é saudável para a restante família. Dificilmente a doente sem apoio iria conseguir contornar a situação. Acompanhei a filha ao SO onde pode estar um pouco com a mãe.

Uma outra situação que também me incomodou foi a de uma senhora encontrada caída em casa à cerca de uma semana. Foram os vizinhos que ao fim de oito dias que alertaram os bombeiros. A senhora à chegada vinha inconsciente, desidratada, com um quadro de sepsis e várias escaras de pressão pela posição em que se manteve durante os vários dias. Tanto uma situação como a outra merece reflexão sobre a depressão e a solidão em que muitos vivem. Uns sem emprego com situação familiar destruída, por apatia e desinteresse perante a vida cometem o suicídio, outros perante a solidão e o abandono familiar.

Estabilizei a doente hemodinamicamente, foi ventilada, monitorizada, fez-se administração de soros, fármacos, realizou TC e acompanhei a doente à UCI, transmitindo toda a informação adequada aos enfermeiros, de forma verbal e escrita, utilizando linguagem científica, de forma a garantir a continuidade dos cuidados. Durante a transferência de doentes tanto para os serviços como para a imagiologia, tive sempre o cuidado de providenciar todo o material necessário para o transporte. Contactei a assistente social que tomou conta da ocorrência e realizou as diligências necessárias. Ao fim de algum tempo apareceu a polícia que já tinha tentado entrar em contacto com uma sobrinha.

Um outro exemplo foi o de uma doente de 65 anos, vítima de asfixia seguida de PCR por ficar entalada na porta do carro. À chegada já vinha entubada, foi conectada a prótese ventilatória, monitorizada, estabilizada hemodinamicamente. Mas a sua situação era praticamente irreversível. As más notícias é algo constrangedor para quem tem de as comunicar (BUCKMAN, 1994). O local onde se vai comunicar estas situações deve ser o mais confortável e privado evitando interrupções. Por motivos de obras que estavam a ser realizadas na urgência juntamente com a médica, encaminhei o filho para a pequena cirurgia, pois era o melhor local, onde não se encontrava ninguém. Apresentei-me ao senhor e fui-lhe explicando toda a situação. Situação esta rodeada de uma enorme carga emocional. Tentei perceber o que o familiar queria saber através das questões colocadas. Foi dado espaço para que conseguisse interiorizar a informação e que exterioriza-se as

suas emoções e sentimentos. No final dissemos-lhe que contacta-se alguém para ir ter com ele ao hospital para não ficar sozinho.

Depois de lhe ter sido tudo explicado deixamo-lo entrar na reanimação, para poder estar com a mãe algum tempo. Através do seu silêncio saiam-lhe as palavras como se fossem apelos e gritos de ajuda. É de salientar a angústia dos familiares ali presentes bem como a nossa impotência perante estas situações. As más notícias como qualquer informação que envolva mudança drástica, na transmissão será essencial individualizar e considerar alguns elementos que podem servir de orientação, para sermos mais ou menos explícitos no momento de dar a informação do diagnóstico e prognóstico aos familiares (BUCKMAN, 1994).

Entender que a morte é a evolução natural, é difícil para doentes, familiares e profissionais. Cada morte pode representar para o profissional a sua impotência, a sua incapacidade, o seu fracasso e, principalmente, a sua mortalidade, trazendo à tona questões pessoais (CAMPOS, 1995).

Desta forma consegui;

- Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pela sua crença e pela sua cultura;
- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da minha especialização e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas;
- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.
- Mantem de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional (UCP, 2010).

Esta situação que presenciei na sala de reanimação foi quando a Sr.^a M necessitava de colocar cateter venoso central. Preparei todo material para a médica o colocar. Verifiquei que esta não vestiu bata esterilizada e não colocou máscara facial. Ofereci-lhe a bata e após a ter questionado “*se por acaso a teria esquecido de colocar?* ” a mesma me respondeu que não necessitava, porque aquele era um procedimento que fazia com bastante destreza e com regularidade. Esta situação mereceu alguma reflexão e em conversa com os enfermeiros presentes disseram que habitualmente acontecia isto

por parte de alguns (poucos) profissionais. Verifiquei posteriormente mais não conformidades na equipa médica em relação a este procedimento. Muitas vezes o excesso de confiança leva-nos a ser imprudentes pondo a vida dos doentes em risco e até mesmo a nossa. De acordo com a DIREÇÃO GERAL DE SAUDE (2011), recomenda o uso de barreiras estéreis e equipamento de proteção individual, adequado ao procedimento invasivo. Nomeadamente em relação ao cateter central, refere higiene das mãos, combinada com técnica asséptica, uso de barrete, máscara bata e luvas estéreis, proteção ocular, usar campos esterilizados.

Como futura enfermeira especialista, reconheço a importância de reforçar os cuidados a ter, respeitando a técnica asséptica, mantendo um espírito aberto e crítico face à prática dos cuidados. Desenvolvi competências de forma:

- Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas (UCP, 2010).

Num dos turnos que fiz em balcão encontrava-se uma doente IRC, que necessitava de colher sangue para análises. Após várias tentativas frustradas por parte médica em tentar puncionar a doente, sugeri se queria que eu picasse o acesso vascular que a doente tinha no membro por onde habitualmente fazia a sua hemodiálise. A médica concordou e pediu-me que lhe explicasse como o fazer e como funcionam os acessos vasculares. Falei-lhe dos vários tipos de acessos, dos cuidados a ter com estes e a forma como deve ser puncionados e que esta técnica deve ser executada por profissionais com experiência, pois uma má técnica pode comprometer o tratamento dialítico. O fato de trabalhar no serviço de nefrologia unidade de hemodiálise, permitiu-me transmitir estes conhecimentos.

Durante a prestação de cuidados, promovi momentos de partilha e discussão sobre os doentes, na equipa multidisciplinar como por exemplo, na passagem de ocorrências, na visita médica, no SO abordando assuntos relativos à evolução clínica do doente, valores analíticos, etc. O facto de ser considerada perita na área da transplantação renal e no doente IRC, promovi contactos e partilhas de experiências com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa médica, assumindo a liderança no esclarecimento de dúvidas relacionadas como colheita de órgãos, referência de doentes para dadores ou até de todo o processo de colheita, ou ainda esclarecimentos em relação

ao doente IRC nomeadamente punção de acessos vasculares. Como tive oportunidade de fazer com uma das médicas de serviço.

Procedi ainda à elaboração de registos de Enfermagem, tanto em suporte de papel como principalmente em suporte informático, permitindo a continuidade dos cuidados. Como futura Enfermeira Especialista reconheço a importância dos registos como parte da história clínica do doente, como detetores de valor legal e como espelho da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desenvolvi as seguintes competências.

- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.
- Lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização;
- Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;
- Lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de formação;
- Promove a formação em serviço na sua área de especialização (UCP, 2010).

Na Triage, onde os doentes são classificados de acordo com a prioridade e urgência da sua situação crítica, percebi-me o quanto é difícil por vezes, dar resposta de uma forma calma e assertiva, aos doentes que recorrem há urgência por situações que podem ser tratadas nos centros de saúde. Aproveitava este momento para, através do diálogo promover o contacto com o doente e família, de modo a diminuir os níveis de ansiedade e stress, dando início ao processo de cuidar.

O enfermeiro da triagem tem um papel muito importante neste primeiro acolhimento. Através da escuta tentava perceber as suas queixas, os motivos que os levavam a recorrer à urgência, orientando ou clarificando muitas vezes as suas dúvidas respeitando os seus sentimentos e fragilidades, no entanto procurando sempre focalizar e orientar a conversa para o problema que o levava ali. Observei muitas vezes que existe agressividade por parte de alguns doentes na forma como abordam os profissionais de saúde pelo tempo que estão à espera para ser atendidos, esta abordagem tem de ser controlada pela assertividade na comunicação do enfermeiro que se encontra na triagem. A comunicação interpessoal é fundamental no desenrolar do trabalho e constitui uma

componente no inter-relacionamento. Uma boa comunicação é determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

“A comunicação é um veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica” (RILEY 2004, p. 32).

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental tem o HSC como o Centro de Transplantação Renal e Cardíaca e os hospitais de referência para colheita de órgãos HSFx e HEM. Verificou-se em relação ao ano passado um decréscimo de colheita de órgãos (ASST, 2012). Neste sentido o gabinete coordenador de colheita do HSFx achou pertinente realizar uma reunião clínica para fazer uma análise sobre a problemática da diminuição da colheita de órgãos. O porquê desta situação? Será que os profissionais de saúde não estão sensibilizados para a referência de dadores? Uma vez que este tema ia de encontro ao meu objetivo específico, a enfermeira responsável do serviço convidou-me a participar nesta reunião. Considerei a reunião muito interessante, tive uma participação ativa uma vez que acabei por transmitir quais os sentimentos inerentes a esta problemática, existentes no HSC, tanto a nível dos profissionais, como dos doentes que se encontram a aumentar a lista de espera, uma vez que havendo menos colheita há menos transplantes. Consegui assim desenvolver a seguinte competência:

- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; (UCP, 2010)

Considerando a transplantação renal fundamental para a melhoria da qualidade de vida do doente IRC e sendo uma área em profundo crescimento nomeadamente a nível da medicação imunossupressora e na procura científica de procedimentos alternativos à problemática da falta de órgãos, considerei que poderia ser um elemento ativo na transmissão destes conhecimentos, através da formação de profissionais que podem ter um papel preponderante nesta intervenção. Assim para desenvolver estas competências defini o seguinte objetivo:

OBJETIVO 2: Desenvolver competências de formação do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço de urgência na área da transplantação renal nomeadamente na colheita de órgãos.

O desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro é fundamental para a construção da sua identidade profissional. Sendo a aprendizagem um processo pelo qual

o comportamento se modifica em consequência da experiência, mas para isso é necessário haver alguma reflexão sobre as práticas. É na reflexão consciente sobre as experiências, a fim de transforma-las em aprendizagem,... numa estrutura holística composta de cognição, afetos, percepção e ação” (PIMENTEL, 2007, p. 159).

A formação em enfermagem é uma área de estudo privilegiada e nós somos um dos atores desta vivência da qual devemos refletir. Para atingir este objetivo desenvolvi algumas atividades que contribuíssem para o desenvolvimento de competências nesta área na equipa de enfermagem. Para isso contei com a minha experiência adquirida ao longo dos anos no serviço de cirurgia geral e transplantação renal bem com no serviço de nefrologia, através do contacto com o doente cirúrgico e IRC.

Tive uma reunião informal com a enfermeira responsável do serviço pela formação e a enfermeira orientadora onde falámos sobre as necessidades de formação. Apresentei algumas sugestões que achei pertinentes e que iam ao encontro dos objetivos do serviço, nomeadamente na problemática da recolha de órgãos.

Foi-me sugerido ainda a elaboração das normas e procedimentos referentes: Aos cuidados de enfermagem em cateteres de hemodiálise (APÊNDICE I).

Para a elaboração desta norma fiz pesquisa bibliografia sobre o tema, consultando DOQI *guidelines* For Vascular Access 2006 e as *guidelines* Americanas do Centers of Disease Control and Prevention (2011) sobre os cateteres de hemodiálise com diretrizes para a prevenção de infeções relacionadas com cateteres intravasculares. Estas diretrizes foram desenvolvidas por profissionais responsáveis pela colocação dos cateteres e vigilância de infeções relacionadas com os mesmos. Para a elaboração das normas mantive o modelo de apresentação das normas existentes na instituição. Depois de elaboradas foram apresentadas à enfermeira orientadora e à responsável do serviço que aprovou e enviou para a direção de enfermagem onde aguardam aprovação.

O processo de colheita de órgãos e manutenção de dadores é de extrema importância para dar início ao processo de transplantação renal. Porque uma referência atempada de dadores poderá ser uma forma de diminuir a lista de doentes que se encontram à espera de um órgão. Dai pretender ao longo do meu estágio desenvolver competências nesta área. A finalidade da formação sobre esta problemática foi sensibilizar os enfermeiros da urgência para os critérios de colheita de órgãos para transplante. “O transplante de órgãos, tecidos e células de origem humana, proporciona grandes possibilidades

terapêuticas, sendo cada vez mais os doentes que beneficiam dela. É importante implementar medidas que contribuam para o aumento da dádiva de órgãos tecidos e células” (DIÁRIO DA REPÚBLICA 1ª SERIE, Nº 9, 2008).

O doente com insuficiência renal crónica resulta da perda total ou em parte da função do rim. As substâncias normalmente eliminadas na urina acumulam-se nos líquidos corporais, devido ao comprometimento da excreção renal, levando a uma rutura das funções endócrina e metabólica, assim como os distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos-básicos (SWEARINGEN et al, 1999). É necessária então a aplicação regular de terapêutica substitutiva: depurativa (hemodiálise, diálise peritoneal) ou transplantação. A escolha entre hemodialise ou dialise peritonial é feita habitualmente na consulta de opção, onde é explicado ao doente a diferença entre estes dois tratamentos dialíticos. Aqui a enfermagem tem um papel muito importante na transmissão de informação para que a opção seja a mais correta e adequada. A HD proporciona ao doente um dia com stress e potenciais problemas, tais como: isolamento social, perda do emprego, diminuição da atividade física, perda de autonomia, alterações da imagem corporal, alterações alimentares e um sentimento constante entre o medo de viver e o de morrer (MACHADO e CAR, 2003). Para alguns doentes a hemodiálise ou a diálise peritoneal, é uma terapêutica temporária de duração imprevisível, até serem submetidos a transplante renal. Na minha opinião o importante é que o doente seja informado das modalidades existentes e que opte por aquela que mais se ajusta à sua situação de vida e que sobretudo promova a sua independência e por isso a autoestima.

A atividade de colheita de tecidos ou órgãos para fins de transplantação deve ser incentivada tendo em vista dar resposta às necessidades dos doentes que aguardam transplante. A colheita de órgãos de um cadáver obedece a várias etapas como sejam

- O diagnóstico do doente;
- A confirmação de morte cerebral;
- Verificação que o utente não está inscrito no RENNDA;
- A colheita propriamente dita. (DIÁRIO DA REPÚBLICA 1ª SERIE, n º 9, 2008).

A primeira confirmação de morte cerebral deve ser feita por dois médicos, um dos quais da área das neurociências e repetida posteriormente ao fim de quatro horas. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1995), ”refere que o diagnóstico clínico de morte implica uma avaliação científica e ética que comprove a

irreversibilidade das funções do tronco cerebral e que os critérios para declarar morte de dadores são iguais aos não dadores. Os critérios são:

- Conhecimento da causa e irreversibilidade da situação clínica;
- Estado de coma com ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos;
- Ausência de respiração espontânea;
- Constatação de estabilidade hemodinâmica e da ausência de hipotermia, alterações endócrino-metabólicas ou medicamentosas que possam levar ao estado de coma” (DIÁRIO DA REPÚBLICA ART. 12º DA LEI Nº 12/93 DE 22 DE ABRIL DE 1993).

Para a confirmação do diagnóstico deverá apresentar atonia muscular e ausência de toda a atividade reflexa a nível cerebral. Cabe ao coordenador local de transplante avaliar se o dador preenche todos os critérios de colheita e ao gabinete de coordenação de colheitas verificar se está inscrito no RENNDA – Registo Nacional de Não Dadores.

É importante avaliar num possível dador: Idade, sexo, peso, grupo sanguíneo, causa de morte, história clínica, hábitos e comportamentos de risco, medicação habitual, valores laboratoriais e estabilidade cardiovascular. O Gabinete de coordenação deve ser contactado sempre que haja um doente em morte cerebral, de modo a programar o ato cirúrgico, os órgãos a colher, a sua alocação, para otimizar os resultados do transplante. Muitas vezes o que falha é a comunicação (ABECASSIS, 2006).

Alguns países já fazem, colheitas em coração parado. Deste modo, o futuro pode passar pela extração de rins (outros órgãos) de cadáveres com PCR inferior a 90 min, chamada técnica de colheita em coração parado. Esta técnica é preferencialmente utilizada na reanimação. É o doente que entra em paragem e que não recupera, então todo o processo é acelerado de forma a ser dador. Mas para que isto aconteça todas equipas tem de estar sensibilizadas, motivadas e despertas para esta situação. Esta técnica já é utilizada em alguns países nomeadamente em Espanha (EDQM, 2011).

Como exemplo da minha prática, durante a minha permanência no estágio houve algumas situações de doentes que passaram pela reanimação e que devido à sua situação clínica foram referenciados como potenciais dadores. Recebi uma senhora trazida pela VMER com possível diagnóstico de AVC hemorrágico, na escala de Glasglow apresentava score de 3. Após monitorização ventilação e estabilidade hemodinâmica, acompanhei a doente ao TC que confirmou o diagnóstico. Em conversa com o médico

da reanimação sugeri que contacta-se a neurocirurgia o mais rápido possível para confirmar o quadro clínico da doente de morte cerebral, para que não se perdesse muito tempo e que o doente fosse referenciado como dador o mais rapidamente possível. Após a observação do neurocirurgião foi contactado o coordenador local para a colheita de órgãos. O doente foi transferido para a UCI, onde se deu início à manutenção do dador e posteriormente foi para colheita.

Durante o processo de manutenção o enfermeiro tem um papel importante nomeadamente na estabilização hemodinâmica do doente com a preocupação de que não se perca um dador. O enfermeiro verifica e mantém o suporte ventilatório fazendo vigilância apertada, faz colheita de sangue para análises para despiste de doenças transmissíveis, perfusão de inotrópicos, soros para perfundir os órgãos, colaboração na realização de vários exames para despiste de patologias muitas vezes que até eram desconhecidas por parte do dador. Esta situação veio de encontro ao meu objetivo transversal que é a transplantação renal. É de salientar que faz parte do plano de formação do serviço de urgência a monitorização de doentes como possíveis dadores de órgãos.

Outro exemplo o Sr. F. doente de 45 trazido pela VMER colaborei na entubação endotraqueal do doente tendo sido conectado a prótese ventilatória, monitorizei, foram puncionados acessos venosos periféricos e estabilizado hemodinamicamente. Acompanhei o doente à TC, onde se verificou que teve hemorragia com ocupação dos ventrículos cerebrais. Em conversa com a médica da reanimação este doente seria possivelmente um candidato a dador de órgãos uma vez que a sua situação clínica seria irreversível. O doente enquanto esteve na reanimação não teve acompanhamento familiar. Depois foi encaminhado para a UCI, sei que posteriormente foi para doação.

Perante estas situações alertei os enfermeiros e o médico da reanimação através de conversa informal e sensibilização para a participação na ação de formação sobre a temática da colheita de órgãos.

Preocupe-me em abordar as questões sobre esta temática através de um discurso fundamentado e de uma forma informal com alguns dos elementos da equipa de enfermagem e o médico presente na reanimação, de forma a sensibiliza-los para a importância de contactar o mais rapidamente a equipa coordenadora de colheita. É importante estarmos atentos a estes doentes, porque muitas vezes àquele doente já não

podemos fazer nada, mas se estivermos sensibilizados para esta problemática podemos dar a alguém uma melhor qualidade de vida.

Apesar da decisão, a indicação e a execução de transplantes não serem uma competência de enfermagem, o seu papel não é menos importante pois a colheita de órgãos exige não só conhecimentos técnicos (teórico-práticos) como também da cultura e religião das pessoas envolvidas de forma a adequar as suas intervenções para que todos sejam beneficiados. Salienta-se que toda a manutenção técnica do dador (uma vez que se encontra numa unidade de cuidados intensivos) é da responsabilidade do enfermeiro sob orientação médica. O enfermeiro tem também um papel muito importante na notificação atempada de potenciais dadores e no acompanhamento/informação da família em todo o processo. Os enfermeiros da UCI são aqueles que mais estão em contacto e próximo do doente e da família. Como disse anteriormente é o profissional de saúde mais próximo do dador e da família, esta é um elemento importante neste processo, transmitir-lhe falsas esperanças não é solução. O contacto do enfermeiro com a família desenrola-se ao longo da permanência do doente na unidade. Tem de haver uma preparação desta para receber a notícia de que aquela situação é irreversível. Por isso o enfermeiro é o profissional que está sempre presente acabando ele por perceber os sentimentos que estão inerentes, investindo no doente e família enquanto vivo, e como tal, percebe a dinâmica, cultura e o seu contexto. Encontrando-se numa posição privilegiada para envolver a família neste processo adequando a informação às suas necessidades, bem como apoiá-la emocionalmente, trabalhar o luto e o processo seguinte. Ao enfermeiro pede-se que tenha conhecimentos sobre os direitos humanos, ética e legislação sobre a morte cerebral e doação de órgãos. Todas as suas atividades profissionais são carregadas de emoções e sentimentos como insegurança, angústia, pena, medo e raiva (COIMBRA, et. al, 1995).

Com os exemplos acima descritos penso ter desenvolvido as seguintes competências:

- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização:
- Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara (UCP, 2010).

Para a realização da formação sobre colheita de órgãos, apliquei um questionário de diagnóstico de situação para ter uma perceção dos conhecimentos dos enfermeiros em

relação aos procedimentos referentes aos doentes que entram na reanimação e que são referenciados para colheita de órgãos (APÊNDICE II). Este questionário foi apresentado à enfermeira responsável do serviço e à enfermeira orientadora que permitiu a sua aplicação, não sendo necessária autorização por escrito uma vez que era uma formação interna do serviço.

O questionário tem uma primeira parte para identificação da população. Uma segunda com questões para avaliar os conhecimentos dos enfermeiros referentes aos procedimentos necessários para a referenciação dos dadores e uma terceira parte com formação específica ao processo de colheita.

O questionário foi aplicado a 50% dos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência. Fiz o tratamento dos dados apresentados no questionário de diagnóstico de situação; efetuei pesquisa bibliográfica sobre o tema; realizei a planificação da ação de formação (APÊNDICE III). e posteriormente elaborei a ação de formação (APÊNDICE IV). Esta formação foi repetida por cinco vezes, com o objetivo de abranger a maior parte dos enfermeiros em todos os turnos.

Tracei como objetivos da formação:

- Transmitir os resultados dos questionários de diagnóstico de situação sobre os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre o processo de colheita de órgãos;
- Dar a conhecer os critérios para a seleção dos dadores;
- Apresentar o fluxograma do processo de colheita de órgãos.

Posteriormente elaborei o questionário de avaliação da ação de formação (APÊNDICE V) fazendo a respetiva análise dos resultados de avaliação obtida (APÊNDICE VI). Grande parte dos participantes considerou a formação muito boa, no entanto foi pouco tempo para a quantidade de informação que foi transmitida.

Elaborei ainda um fluxograma sobre o processo de colheita de órgãos (APÊNDICE VII) que ficou no manual do serviço. Este fluxograma descreve todos os passos inerentes ao processo de colheita, entidades de referência envolvidas nomeadamente hospitais de colheita e de transplante, Lusotransplante, REENDA, bem como a manutenção do dador.

Participei ainda em duas sessões de formação em serviço uma sobre o tema “Doação de órgãos – Identificação de dadores” realizada no dia 26 de outubro (ANEXO I) e a outra sobre o tema “Riscos Clínicos e Segurança do Doente” (ANEXO II). Em relação à

pertinência das formações as duas foram de encontro às minhas expectativas. A primeira foi ao encontro do meu objetivo transversal consolidou os meus conhecimentos nesta área e complementou a minha formação, tendo sido uma mais-valia tanto a nível pessoal porque tenho particular interesse por este tema, como a nível profissional. A segunda é um tema que cada vez mais os profissionais de saúde têm de estar atentos, como profissionais temo-nos de salvaguardar das implicações legais que muitas vezes podem surgir por riscos cometidos ou por falta de segurança do doente. Como futura enfermeira especialista reconheço a sua importância para a prática dos cuidados de enfermagem.

Desta forma procurei desenvolver competências tais como:

- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros;
- Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização;
- Promove a formação em serviço na sua área de especialização;
- Formula e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica (UCP, 2010).

1.3 - MODÚLO III – BLOCO OPERATÓRIO

Realizei o estágio de Bloco Operatório no Hospital de Santa Cruz. Este hospital assume-se como centro de competências de atualização tecnológica e de permanente aquisição, produção e divulgação de conhecimentos e valorização dos seus profissionais na prestação de cuidados de saúde diferenciados, preferencialmente para doentes de alto risco (HSC, 2011).

Os objetivos traçados e as atividades realizadas refletem as competências adquirir, desenvolver ou aperfeiçoar e surgem de encontro a interesses pessoais e necessidades sentidas no primeiro contacto com o campo de estágio. Considero que o HSC é um excelente campo de estágio, pois diferencia-se pela cirurgia, nomeadamente na construção de acessos vasculares para hemodiálise e a larga experiência em cirurgia cardíaca e transplante renal de dador cadáver e dador vivo. Este hospital é uma instituição pública de saúde de elevado grau de diferenciação, especialmente vocacionada para o tratamento de doentes com patologias graves dos foros cardíaco e renal (CHLO, 2012). O HSC é o meu local de trabalho e estar familiarizada com a

cultura organizacional facilitou o desenvolvimento do meu objetivo transversal. Saber que este hospital irá ser pioneiro na transplantação de dador vivo - doação cruzada; permitiu-me ser a primeira enfermeira do hospital a trabalhar este tema, fazendo a sua divulgação através da formação. Isto foi determinante na escolha do BO como contexto ideal para desenvolver competências de Enfermeiro Especialista.

O Bloco Operatório é constituído por cinco salas cirúrgicas: Duas salas de cirurgia geral, duas de cirurgia cardioracica e uma sala que alterna o programa cirúrgico com a cirurgia geral e cirurgia cardíaca.

Tem o gabinete do Enfermeiro Chefe, uma sala de pausa, armazém de material dividido consoante as valências cirúrgicas, esterilização, circuito de limpos e sujos, farmácia e UCPA.

No BO existe 27 enfermeiros, um responsável de enfermagem e um enfermeiro chefe. Em relação à gestão dos recursos humanos nomeadamente dos enfermeiros, estes são divididos pelas salas de cirurgia consoante a sua experiência e competência profissional, uma vez que nem todos os enfermeiros instrumentam cirurgia cardiorácica ou pediatria apesar da sua experiência profissional no serviço. As competências dos enfermeiros do BO vão-se alargadas ao longo da sua vida profissional, sendo estas desenvolvidas de uma forma gradual e ao longo do tempo, estando condicionadas à capacidade de interiorização, reflexão e às características de cada um (BENNER, 2001).

“A equipa cirúrgica é constituída por um grupo de profissionais com grande qualificação e prática, que coordenam os seus esforços para assegurar o bem-estar e a segurança do doente cirúrgico” (GIRARD 2005, p. 284).

As competências dos enfermeiros no peri operatório abrangem quatro áreas diferentes: Enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista, enfermeiro de anestesia e enfermeiro de cuidados pós anestésicos. Cada função é diferente, é necessário adquirir e desenvolver competências específicas para cada uma delas (AESOP, 2006). No entanto (HELMREICH e SCHAEFER, 1994) caracterizam as fases da equipa cirúrgica em três tempos: Pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Aqui intervêm quatro equipas: Cirurgiões, anestesistas, enfermeiros da área cirúrgica e enfermeiros da área anestésica que posteriormente se agrupam em duas, equipa anestésica e equipa cirúrgica (figura 2).

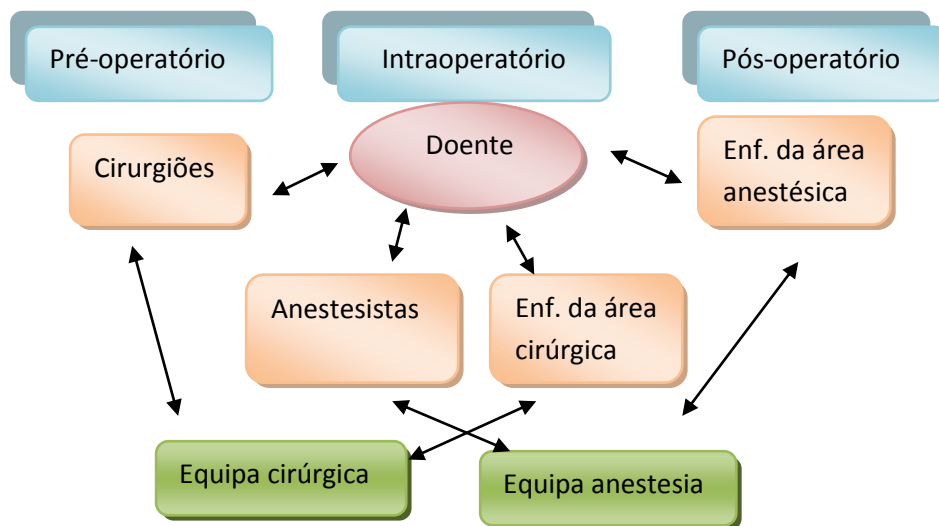


Figura 2: Grupos que interagem e se interseitam no serviço ao doente tendo como referência (HELMREICH E SCHAEFER, 1994).

Num estudo sobre “stress da equipa multidisciplinar no BO”, as situações de relacionamento interpessoal foram descritos como geradoras de stress, em todas as categorias profissionais. Como manobras para o desenvolvimento das relações sociais, dentro da equipa, os profissionais dizem necessitar de trabalhar ao lado de pessoas conhecidas, com quem tenham empatia e confiança, criando vínculos semelhantes ao familiar. Durante a minha permanência no BO verifiquei que existe um grande espírito familiar e de confiança, talvez por ser um grupo onde os enfermeiros permanecem à muito tempo. Criando uma identidade muito própria, baseada na diferenciação cirúrgica.

Quando isto não ocorre, a equipa sente-se insegurança e com falta de confiança, o que pode desencadear stress (CAREGNATO e LAUTERT, 2005). Também a comunicação dentro da equipa cirúrgica, quando pobre e ineficaz, causa falhas nas relações interpessoais, aumentando a probabilidade de erro médico e podendo ser um dos motivos de stress no BO, diminuindo o reconhecimento pelo trabalho de cada elemento e a eficácia da equipa (MARHARY e SEXTON, 2006).

OBJETIVO 1: Desenvolver competências como enfermeira especialista no âmbito das funções do enfermeiro do Bloco Operatório nas vertentes de enfermeira circulante e anestesia.

Durante o período de integração, o acolhimento, apoio e incentivo do enfermeiro orientador, foi muito importante, bem como da equipa multidisciplinar, que foram determinantes no meu desempenho a consolidação de conhecimentos adquiridos na

componente teórica, a leitura, a análise e a reflexão. Fui apresentada à equipa multidisciplinar adaptando-me muito facilmente.

Comecei primeiro na sala de cirurgia geral. O facto de conhecer os profissionais saúde facilitou a minha integração, explicavam-me sistematicamente o que estavam a fazer. Trabalhei juntamente com a enfermeira de anestesia procedi ao acolhimento do doente, monitorização, preparação e administração de fármacos necessários ao ato anestésico. Colaborei na preparação do material necessário à colocação de cateter central e de linha arterial, posteriormente manutenção e vigilância.

Ao longo deste período observei o agir do enfermeiro nas várias vertentes; circulação, instrumentista e anestesia. Consultei protocolos, normas, rotinas e procedimentos para cada setor. É fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos teórico-práticos nas várias vertentes em que prestam cuidados.

É a enfermeira de anestesia que faz a receção e o acolhimento do doente, no BO. Exige-se o desenvolvimento de competências relacionais que minimizem o medo e o desespero sentidos. O doente ao entrar no bloco para ser submetido a cirurgia e com um diagnóstico por vezes pouco favorável, faz com que se torne muito mais frágil. Estes momentos são sem dúvida geradores de grande ansiedade, sofrimento e de expectativa tanto para o doente como para a família.

Num estudo realizado por (KIYOARA et al 2004) sobre o acolhimento do doente no BO refere que o conhecimento dos procedimentos e cuidados ao doente antes da cirurgia, contribui para diminuir os níveis de ansiedade.

Como exemplo da minha prática recebi à porta do BO o Sr. F. que ia ser submetido a gastrectomia. Apercebi-me da sua ansiedade e preocupação que decorre da obscuridade das informações, englobando os procedimentos cirúrgicos (PAULA e CARVALHO, 1997). Disse-me que tinha receio principalmente com os cuidados de enfermagem e com o seu grau de dependência pós cirurgia. Ao acolher o doente no BO, informei-o dos aspetos inerente à sua cirurgia, à necessidade de usar fardamento próprio e o desenrolar do período peri operatório (tipo de anestesia; procedimentos necessário ao ato anestésico; o acordar e recuperação pós-anestésica) e visitas. De uma forma calma e pausadamente expliquei-lhe que depois iria acordar na UCPA, ter uma sonda, iria estar algaliado, sempre que tivesse dores faria terapêutica analgésica, falei-lhe também do tempo de repouso e do primeiro levante.

É importante um bom acolhimento para promover o seu bem-estar e estabelecer uma relação interpessoal entre os profissionais tendo como suporte a humanização e personificação dos cuidados (SILVA, et.al, 2006). Estas atividades são também de acordo com as funções do enfermeiro anestesta (AESOP, 2006). Todos os doentes têm medo e ansiedade e este é um sentimento de apreensão e desconforto, pois a cirurgia é sempre um processo marcante para o doente e família, sendo desencadeador de stress, tanto psicológico como fisiológico. Neste momento é importante estabelecer uma relação de ajuda, uma parceria. A relação de ajuda implica que haja conhecimentos humanos científicos e técnicos e capacidade de ir ao encontro do outro criar laços e caminhar com ele. Durante este percurso é necessário que se escute e que se seja caloroso, disponível, simples, humilde, autêntico, com sentido de humor... revelar uma enfermagem forte, fonte de serenidade (HESBEEN, 2000). A relação de ajuda é um instrumento fundamental, mesmo num ambiente em que a tecnologia tende a dominar a atenção.

Outra situação que achei pertinente foi um doente que deu entrada no BO para ser submetido a uma cirurgia por tumor do cólon, demonstrava ansiedade e medo. Perguntei-lhe como se sentia? O que me respondeu que sentia medo pelo seu prognóstico... e o medo de não acordar da anestesia. A anestesia como provoca a perda de consciência por parte dos doentes, causa medo em relação à morte, medo de não acordar da anestesia e a própria sala de cirurgia, causa inquietude porque é um meio misterioso, por ser o local onde se exerce um poder - o poder sobre a vida e sobre a morte (CASSMEYER e MARANTILES, 2003; NETO e NETO, 1995).

Procurei que o acolhimento não fosse uma mera hospitalidade, mas estabelecer profunda relação humana (SANTOS, 1997). Por isso toda a informação era importante. Expliquei os procedimentos que o doente iria passar deste aquele momento até ao acordar na UCPA. Toquei-lhe na mão e com um sorriso tentei criar um clima de confiança que muitas vezes não surge imediatamente. Direcionei a minha resposta para as questões que o doente ia colocando, abrangendo assim aspetos que são essenciais: “O que irá acontecer. Expliquei-lhe para não se preocupar pois durante toda a cirurgia iria estar ligado a um monitor que controlava a sua respiração e o coração e que tinha um ventilador para o ajudar a respirar. – Informação de procedimento; como se irá sentir. Possivelmente terá algumas dores mas que iria fazer medicação para se sentir o mais confortável possível – informação sensorial; o que poderá fazer para lidar com a situação. Respirar calmamente, sempre que tivesse queixoso comunicar à enfermeira,

quando tossisse coloca-se as mãos sobre a barriga e sempre que necessitasse de mudar de posição pedir ajuda – estratégias” (MELO, 2005).

Considero que quando se procede a um correto acolhimento no período pré-operatório, este vai contribuir para diminuir a ansiedade gerada ao doente/família. Durante este período, procura-se proporcionar ao doente um estímulo, tendo em vista a participação no seu tratamento e fortalecer a sua confiança, é o iniciar de uma relação de ajuda. O doente refugia-se no seu silêncio refletindo sobre si escondendo-se nas suas emoções. Estabelecer uma relação de ajuda terapêutica, neste momento stressante para o doente, é fundamental.

Procurei constituir uma relação de ajuda através da satisfação das suas necessidades. A relação doente/enfermeiro visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível ótimo de saúde, uma vez que existe confiança mútua e responsabilidade em assistir os outros que caracteriza a verdadeira relação de profissional (RILEY, 2004). Para que esta relação surja é necessário que eu adquira as ferramentas necessárias para “chegar” aquela pessoa e minimizar os seus sentimentos de angústia. A minha presença, a disponibilidade, a empatia para com o doente é contribuir para que sinta que pode contar comigo. Através da empatia pretendo estabelecer uma harmonia constante, A paz, o conforto, a entendimento são sentimentos que resultam desta presença transcendente (CHALIFOUR, 1992).

Numa manhã recebi uma criança de 3meses no BO para ser submetida a cirurgia cardíaca. Iniciaram-se todos os procedimentos necessários à intervenção. A criança à chegada já vinha a dormir mas acompanhada pelos pais. Aqui foi importante dar-lhes todo o apoio. O toque e o meu olhar de confiança respeito e interesse pelos sentimentos daqueles pais. O toque na relação de ajuda é uma forma poderosa de comunicar, deve revestir-se de espontaneidade, intuição e de conhecimento. Devo selecionar o momento adequado para tocar (SOARES, 2007). Os pais encontravam-se muito ansiosos com toda a situação. Perguntei-lhes o que os preocupava mais naquele momento? Como enfermeira é importante que desenvolva as minhas competências comunicativas: através da clarificação – explicando todas as questões surgidas; Falando num tom suave e calmo com a mãe, comecei por me apresentar e expliquei-lhe alguns dos procedimentos e que quando a cirurgia terminasse poderiam ver logo a menina na UCINT e que o cirurgião iria também falar com eles. Empatia- criando um clima de confiança e harmonia comigo e com os pais; Respeito mútuo – por aquilo que estavam a sentir,

Escuta – para todas as dúvidas e desabafos; Confrontação - com os medos; Aceitação incondicional da pessoa doente e autenticidade (LAZURE, 1994).

Quando falamos na comunicação com o doente crítico e sua família, este toma um papel preponderante, pelo desafio para o profissional e pela importância para o doente/família que se encontra em situação de crise, muitas vezes envolvidos num cenário de incerteza e imprevisibilidade em relação ao diagnóstico, prognóstico e a reestruturação da própria unidade familiar. Por vezes ficamos centrados no doente, no imediato e mesmo quando já estamos numa situação mais estável, esquecemo-nos de cuidar da família. É fundamental para a relação Enfermeiro/ Doente que a confiança, empatia e relação de ajuda minimizem o sofrimento. Este faz parte da vida humana e acima de tudo faz parte do cuidar. O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: “Dar, quando presta cuidados, a atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e no perfil do enfermeiro: Pessoa capaz de perceber sentimentos e de analisar a influência destes na relação como o outro, desenvolve a consciência de si e facilita no outro a expressão de emoções e sentimentos e é um comunicador eficiente nos diferentes contextos que intervém” (OE, 2003, p. 145).

A pessoa quando se encontra em situação de doença/dependência necessita de alguém que tenha conhecimentos e que consiga dar resposta às suas necessidades, que naquele momento não podem ser satisfeitas. O profissional de enfermagem um papel fulcral. Muitas vezes o doente tende a sentir-se indefeso e abandonar as suas obrigações e responsabilidades. O facto de estar internado e em particular a cirurgia constitui uma ameaça à sua identidade, existe uma rutura com o seu ambiente habitual, modifica os seus costumes, os hábitos, em geral a sua capacidade de auto realização e de cuidado pessoal (LOPEZ; REDONDO DE LA CRUZ, 1998).

Desta forma desenvolvi as seguintes competências:

- Demonstra conhecimentos profundos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (UCP, 2010).

Como enfermeira participava e colaborava no período intraoperatório com a restante equipa multidisciplinar, vigiando o doente durante todo o ato cirúrgico até ao despertar da anestesia. Oferecia ao doente um cuidado autêntico com valorização da sua situação como as preocupações medos e necessidades. O objetivo final é cuidar com qualidade,

atendendo o doente com todas as necessidades físicas, psicológicas e espirituais (LEITÃO, 1992; CRUZ e VARELA, 2002).

O enfermeiro é responsável pela manutenção da ventilação e administração de terapêutica. Durante a permanência do doente no BO desenvolvi algumas técnicas, nomeadamente a entubação endotraqueal do doente com a colaboração da anestesista, ventilação e administração de fármacos e centrei a minha atenção nos aspetos relacionados com a via aérea. Assim colaborei, na entubação dos doentes com tubo endotraqueal (desde a verificação e manutenção da permeabilidade da via aérea, do correto posicionamento e fixação do tubo), à vigilância de parâmetros respiratórios, a avaliação da adaptação do doente à prótese ventilatória.

Recebi o doente R.S. para ser submetido a bypass coronário. Após ter feito o acolhimento no BO, colaborei na preparação dos medicamentos anestésicos, na entubação do doente, colocação da linha arterial e cateter central, nos diferentes métodos de monitorização das funções vitais e manutenção hemodinâmica durante o ato cirúrgico. Sempre que necessário administrava mais sedação por indicação médica. Durante a intervenção o doente começou com hemorragia. Gerou-se um momento muito stressante para todos que estávamos na sala. Controlar a hemorragia era o mais importante. Foi necessário pedir sangue com urgência, e ser administrado o mais rapidamente possível, controlar toda a parte hemodinâmica do doente afim de não descompensar. A cirurgia cardíaca implica bastantes riscos cirúrgicos. Por não ter experiência anterior nesta área, aprendi novos procedimentos nomeadamente efeito/administração de alguns medicamentos que são utilizados durante a cirurgia cardíaca e do quais o meu conhecimento era apenas teórico. Pude verificar neste mesmo doente a relação direta entre o início da perfusão de nitroglicerina e a estabilização dos valores tencionais, assim como a introdução da dopamina e a melhoria rápida da resposta renal. Nesta área para além de questionar os enfermeiros pontualmente e sempre que me surgissem dúvidas, necessitei de algum investimento ao nível da consulta dos protocolos e bibliografia sobre a temática da cirurgia do doente cardíaco nomeadamente substituição da prótese mitral. Procurei também estabelecer a relação entre o estado clínico do doente, os valores laboratoriais e de monitorização, a adaptação dos parâmetros e do modo ventilatório. Colhi gasometrias regularmente durante o procedimento cirúrgico e que validei com os conhecimentos teóricos e depois na prática com o Enf.º orientador em relação aos valores de referência, as variações ao

normal e as medidas corretivas possíveis de adotar, quer a nível farmacológico quer na relação causa efeito da alteração dos parâmetros ventilatórios, nomeadamente o volume de oxigénio, ou administração de soros conforme PVC ou valores tencionais.

Durante o estágio assisti a transplantes renais dador vivo, parentais e não parentais. Participei na anestesia através de preparação dos anestésicos, puncionar os doentes, monitorização e entubação endotraqueal. Foi interessante observar a nefrectomia na dadora e colocação do rim no recetor e verificar todas as alterações vasculares que ocorrem automaticamente assim que artéria é desclampada. Iniciou de imediato a diurese.

Colaborei com a enfermeira de anestesia na reposição e manutenção de todo o tipo de material, equipamento e fármacos indispensáveis ao ato cirúrgico. Colaborei ainda na circulação da sala com a enfermeira de circulação, abrindo material e fornecendo-o sempre que necessário para a mesa cirúrgica respeitando toda a técnica asséptica. Como por exemplo compressas, linhas de sutura, fornecendo o que fosse solicitado. Após a cirurgia, acompanhei o doente à UCPA, transmitindo à enfermeira do recobro as ocorrências do doente sobre os procedimentos realizados e os cuidados pós-cirúrgicos.

É através da prática que o profissional desenvolve o carácter, o conhecimento e a competência contribuindo desta forma para o desenvolvimento da sua própria prática (BENNER, 2001). Esta é fundamental na formação do enfermeiro especialista, o que implica uma adequada relação teórico-prática e a aplicação na prestação de cuidados ao doente crítico de médio e alto risco. É desta formação que se evidencia um grupo de profissionais qualificados para o exercício (NUNES, 2005).

O REPE, no capítulo II, art. 4º, nº. 3, caracteriza o Enfermeiro Especialista como:

“... Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Desenvolvi as seguintes competências:

- Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.

- Mantém de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada;
- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar (UCP, 2010).

OBJETIVO 2: Desenvolver competências de formação na área da transplantação de dador vivo e doação cruzada, através de ações de formação.

Para desenvolver a competência de formação na área da transplantação renal - dador vivo - doação cruzada, desenvolvi algumas atividades ao longo do meu estágio. A formação constrói-se através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de uma reconstrução de identidade pessoal. Deve refletir-se sobre a própria experiência e retirar o seu significado, desenvolvendo competências de autoconhecimento e análise crítica, preparando a intervenção junto do doente e família. A formação é um processo individual, na dimensão do saber; saber (conhecimentos), saber fazer (capacidades) e saber ser (atitudes) (NÓVOA, 1988).

Em conversa com o enfermeiro orientador achámos pertinente trabalhar este tema, porque os enfermeiros do BO são muito direcionados para a técnica não havendo grande interesse em aprofundar conhecimentos teóricos. Mas vez que se vai dar início à transplantação cruzada, achou-se pertinente formar os enfermeiros nesta área porque também são intervenientes. Não podem ser só técnicos mas as suas ações têm de ser baseadas nos conhecimentos teóricos.

O HSC foi pioneiro na transplantação de dador vivo, e atualmente é o segundo hospital a nível nacional e o primeiro da região sul nesta área da transplantação (ASST, 2011). Pretende ser também pioneiro na doação cruzada. Em relação à doação cruzada "são admissíveis a dádiva e colheita em vida de órgãos, tecidos e células para fins terapêuticos ou de transplante (...). A colheita de órgãos e tecidos de uma pessoa viva só pode ser feita no interesse terapêutico do recetor" (DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124 Lei Nº 22/2007) e ainda "A dádiva em vida de rim, sendo complementar em relação à dádiva *post mortem*, constitui uma alternativa cada vez mais utilizada, dada a qualidade

dos resultados obtidos com transplante de dador vivo, mesmo nos casos de dador vivo não relacionado (...) processo de alocação que permite a transplantação de órgãos compatíveis através do intercâmbio de rins de dois ou mais pares dador-recetor ” (DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 163 PORTARIA Nº 802/2010).

O grande objetivo para a equipa de transplantação no ano de 2011 foi iniciar o processo de transplantação de doação cruzada. Este processo aparece como alternativa aos doentes que querem ser transplantados de dador vivo e não são compatíveis com os seus pares. Daí haver necessidade de criar um intercâmbio com outros hospitais para troca de pares que sejam compatíveis. Esta coordenação é feita pela autoridade para serviço de sangue e transplantação, garantindo o anonimato dos pares (ASST, 2011).

Para realizar esta formação sobre o tema dador vivo doação cruzada, fiz uma pesquisa exhaustiva sobre o tema, uma vez que existe pouca bibliografia. Fui à consulta de transplantação renal saber como era feito todo o processo de seleção dos dadores. Consultei o quadro normativo as normas e diretrizes da ASST e a equipa médica interveniente neste processo. Realizei a ação de formação (APÊNDICE XIII) e a planificação da formação (APÊNDICE IX); posteriormente apliquei o questionário de avaliação (APÊNDICE X), fiz a análise dos resultados obtidos que foram muito positivos (APÊNDICE XI).

Posteriormente foi-me sugerido que apresentasse uma formação para o serviço de nefrologia, com estes temas, mas tive de a reestruturar formação onde incluí também o processo de colheita de órgãos e dador vivo - doação cruzada. Em reunião informal com a enfermeira responsável do serviço, achou-se pertinente fazer a formação aos enfermeiros sobre doação cruzada no transplante de dador vivo. Sendo nós o hospital pioneiro nesta área é de todo o interesse que os profissionais estejam envolvidos e tenham conhecimento de todos os procedimentos. Neste serviço os enfermeiros têm poucos anos de experiência profissional sendo necessário aprofundar conhecimentos na área da transplantação de cadáver, seleção de dadores e colheita de órgãos. Salienta-se que o serviço de nefrologia recebe os doentes transplantados com complicações médicas e sendo este um processo novo, é importante aprofundar os conhecimentos e estar atualizado referente às novas terapêuticas imunossupressoras instituídas. Assim realizei a ação de formação (APÊNDICE XII); Elaborei a planificação da formação (APÊNDICE XIII); Apliquei o questionário de avaliação (APÊNDICE XIV) e fiz a análise dos os respetivos resultados (APÊNDICE XV).

Com o descrito penso ter desenvolvido as seguintes competências:

- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização;
- Promover a formação em serviço na sua área de especialização;
- Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto os enfermeiros quanto ao público em geral;
- Formula e analisar questões/problema de maior complexidade relacionadas com formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara (UCP, 2010)

Este estágio proporcionou-me a matriz apropriada para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente autoformação e formação de outros profissionais, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família. Identifiquei as necessidades formativas nesta área junto do enfermeiro orientador e promovi a formação.

Tive oportunidade de assistir a um transplante renal de dador vivo não parental (marido doou rim à esposa). Antecipadamente fui à consulta de transplantação renal consultar todo o processo do doente (dador-recetor). Saber junto das enfermeiras da consulta como é feita a seleção dos candidatos. As várias consultas e exames que têm de fazer, a consulta à Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante à qual compete emitir parecer vinculativo sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante, garantindo que a mesma é consentida de forma livre, esclarecida, informada e com respeito, pelos princípios da gratuidade, altruísmo e solidariedade” (DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 163 PORTUA Nº 802/2010).

Quando estive na consulta, após diálogo com a Enf.^a Chefe, esta sugeriu-me que elabora-se um poster para colocar no serviço alusivo à transplantação de dador vivo (APÊNDICE XVI). “Doar um rim é um ato de amor... o importante não é o que se dá mas o amor com que se dá... (Madre Teresa de Calcutá). Esta sugestão partiu do facto de ter verificado que, apesar de o HSC ser um dos hospitais de referência na área de transplantação renal, na consulta de transplantação renal não existe qualquer apelo à doação renal. Esta foi aceite e o poster foi elaborado.

Apesar de um dador ir ser submetido a cirurgia de nefrectomia é interessante observar os sentimentos de “felicidade” que estão inerentes a este ato. O transplante renal é o tratamento de eleição para o IRC, uma vez que este se for bem sucedido, vai libertar o doente das dificuldades práticas e psicológicas da diálise prolongada e de todas as restrições inerentes à sua doença... Recuperação de um estilo de vida quase normal (FRANKLIN, 2005).

Na véspera da cirurgia fui ao serviço de internamento falar com o dador e o recetor. Senti que transbordavam uma mistura de sentimentos e emoções. O medo pela cirurgia e que algo pudesse correr mal, ansiedade em relação um ao outro, felicidade e esperança, nomeadamente o recetor pela perspetiva de uma nova vida, sem dependência de uma máquina e todo o sofrimento provocado pelo tratamento. Muitos estudos mostram que o doente transplantado renal tem maior capacidade de reabilitação e que a qualidade de vida dos doentes é superior à que habitualmente se alcança na diálise (FRANKLIN, 2005). Questionei o marido sobre o que a levava a doar o rim? Ao que me respondeu:” *Se já lhe doe o meu coração no dia do casamento e esse é só um, então porque não doar um rim?* SIC.

Esse processo de cuidados ao doente transplantado assenta numa verdadeira interação de ajuda. O doente percebe que as intervenções de enfermagem são centradas nele, protetoras, antecipatórias, de conforto físico e que estão para além da rotina.

Na transplantação de dador vivo dá-se particular atenção ao dador. Uma vez que este não é doente e está a ter uma atitude de altruísmo e solidariedade. Daí haver um cuidado redobrado de toda a equipa para que nenhuma complicação possa surgir. Os dadores são motivados por vários sentimentos. As verbalizações ou mesmo alguns silêncios implicam uma escuta cuidadosa em relação às razões, ou cobranças que possam estar presentes na doação.

Num estudo realizado para identificar a perceção dos dadores sobre o processo de transplante, verifica-se que estes descrevem o período pré-transplante onde sentimentos de medo e ansiedade estão mais exacerbados e, no pós-operatório, descrevem também sentimentos de tristeza, estados depressivos e disfunção sexual. No entanto, os dadores apontam para os benefícios trazidos com a doação, como a melhora da condição física do recetor e o reconhecimento social. Pode-se constatar também que a melhora física e da qualidade de vida do dador estão intimamente relacionadas à melhora física do

recetor (CAJUBY et al, 2004). Os dadores, ao acompanharem o tratamento dialítico dos familiares, tem sentimentos como tristeza, dó, preocupação, medo do familiar não suportar o tratamento, angústia, que geram pressões internas de ajuda e estes impulsos devem ser observados através de uma escuta clínica empática (LAZARETTI, 2006). Várias são as razões para doar. Altruísmo, culpa, desejo da adquirir posição dentro da família, melhorar a saúde do familiar e desejo de salvar uma vida. Os dadores também refletem sobre as consequências do pós transplante. Sabem da possibilidade de insucesso, rejeição do transplante e da constante incerteza do funcionamento do órgão. (RIETHER e MAHLER, 1995; MAZARIS, WARRENS e PAPALOIS, 2009).

No relacionamento interpessoal a decisão de doar um rim a um familiar está relacionado com o vínculo afetivo ou a necessidade de fortalece-lo (CAJUBY et al, 2004).

Desta forma penso ter desenvolvido as seguintes competências:

- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
- Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização (UCP, 2010).

Como nota final, ao desempenhar as funções do enfermeiro especialista no bloco operatório permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos teóricos, conhecer novas realidades, troca de experiências e refletir de forma crítica sobre a prática. Adquirindo mais competências na área da enfermagem peri operatória. O empenho demonstrado na concretização das diferentes atividades, espírito de iniciativa e relação empática com a equipa multidisciplinar e o apoio do enfermeiro orientador, contribuíram para a minha integração. Foi com satisfação que consegui concretizar os meus objetivos traçados. Ao longo do estágio visei sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Penso que desta forma consegui atingir globalmente as competências definidas pelo plano de estudo do curso.

2 - CONCLUSÃO

Muitas foram as vivências, que me motivaram para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas e éticas ao longo deste período, através dos vários campos de estágios, caminhando para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A reflexão que este relatório me proporcionou, penso que as minhas ações foram no sentido de contribuir para a humanização dos serviços. Como enfermeira ao elaborar este relatório necessitei de aplicar os seus saberes e habilidades para mais facilmente ser capazes de conhecer o indivíduo nas diferentes dimensões e assim, detetar as suas necessidades e com ele encontrar a forma de alcançar o seu bem-estar.

Tive várias oportunidades de aprendizagem que procurei explorar de forma a crescer enquanto pessoa e profissional desenvolvendo uma curva de evolução crescente e enriquecedora.

Poder trabalhar o meu objetivo transversal nos estágios sobre o tema transplantação renal, foi bastante motivador. O serviço de urgência foi um desafio para mim, especialmente a sala de reanimação. O receber o doente vindo da rua criou uma expectativa muito grande, principalmente porque a informação que traz é muito pouca. Aqui foi importante sensibilizar os profissionais para a problemática da colheita de órgãos.

O facto de ter realizado estágio de BO na mesma instituição que trabalho veio-me proporcionar uma experiência agradável, tanto pela partilha de saberes e práticas como ter permitido trabalhar o meu objetivo transversal, o transplante de dador vivo, nomeadamente transplantação cruzada. O contacto com o doente que vai ser submetido a transplante desenvolve-me sentimentos que se refletem na minha satisfação profissional.

A enfermeira é a principal responsável por exercer a função educativa nesta área. De nada adiantaria todo o nosso trabalho se não nos preocupássemos com a vida do doente após a alta ou seja, com a sua nova atual realidade. Penso que é necessário que o processo educação/conscientização seja contínuo, não apenas na unidade de transplante renal, mas também em todos os setores.

O acolhimento e a segurança do doente estiveram presentes ao longo do estágio. O ambiente de acolhimento, as condições de conforto, a capacidade de escuta, o respeito

foram aspetos que tive em conta e que favoreceram o estabelecimento de uma relação de confiança. Outra referência no meu trabalho é a relação terapêutica. Esta surge integrada na intervenção do enfermeiro. Sendo uma intervenção de enfermagem de cariz autónomo, o enfermeiro tem a possibilidade de construir uma relação suficientemente forte e próxima com os doentes onde a disponibilidade, o conhecimento, a acessibilidade e a confiança, entre outros, são uma constante. Na verdade, é pela comunicação que interagimos uns com os outros e somos capazes de construir uma relação. O desenvolvimento das competências comunicacionais contribui no sentido de melhor agir, elevando a qualidade da ação.

Ao terminar a minha especialidade na área médico-cirúrgica, desenvolvi competências que me permitem ser um elemento de referência no serviço para os outros enfermeiros, no meu dia-a-dia e procuro desenvolver a minha prática baseada no aprofundamento dos conhecimentos teóricos.

Desta forma cheguei ao fim desta etapa de formação certa de ter desenvolvido competências que me vão permitir atuar em situações complexas, na área da prestação de cuidados e contribuir para a formação da equipa de enfermagem.

Finalizo consciente de que o caminho percorrido não constitui o fim de um processo, mas sim o princípio de uma nova forma de estar, atuar e ser, perante o doente/família. Não é um processo acabado, mas sim um início de uma nova etapa.

A frequência desta especialização contribuiu para aquisição de conhecimentos teóricos, suporte fundamental do nosso saber fazer e saber ser, visando o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e humanas.

Ao longo deste relatório fiz uma descrição pormenorizada de todas as minhas atividades ao longo dos estágios, atingindo os objetivos definidos no início deste relatório.

3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABECASSIS, Manuel; CAMPOS - Ministério da Saúde, **Jornal Notícias**, s.l:s.e. (31 de agosto 2006) 19.

ACSS – Administração central do sistema de saúde. <http://www.acss.min-saude.pt/Projetos/tabid/57/xmmid/436/xmid/1700/xmview/2/language/pt-PT/Default.aspx>. 2011. Acedido 08/05/2012. 12horas.

AESOP - ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SALAS DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS. As funções do enfermeiro peri operatório. In: Associação dos Enfermeiros de sala de operações Portuguesas. **Enfermagem Peri operatória. Da Filosofia à Prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.

ALARCÃO, I. & TAVARES, J. Supervisão da Prática Pedagógica. **Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem** Coimbra (2ªed) Almedina. 2003. ISBN 9789724018522.

ALMEIDA, F. A. - **Brinquedo terapêutico: Vivenciando a Experiencia de Estar Hospitalizado através do jogo simbólico**. 1999 Ata Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISBN 972-9171-65-3.

ANCP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – Recomendações para os cuidados paliativos. Março 2006.

ANTUNES, Celso. (2001) - **Como desenvolver as competências em sala de aula**. Petrópolis: Vozes.

ASST – AUTORIDADE PARA O SERVIÇO DE SANGUE E TRANSPLANTAÇÃO **Colheita e transplantação** – resumo de janeiro a novembro de 2011. <http://www.asst.pt>. Acedido 20/01/2012.13.10h.

BENNER, Patrícia - **De iniciado a Perito**. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem - Coimbra: Quarteto, 2001. - 294 p.; 2001 ISBN: 972-8535-97-X.

BOFF, Leonardo - **Saber cuidar: ética do humano** – Petrópolis Rio de Janeiro compaixão pela terra. Vozes 1999.

BUCKMAN, R. – **How to Break Bad News**. London: Pan Books. 1994.

CAJUBY, A. V. S., LEFÈVRE, C. F., & SILVA, A. P.(2004). **Análise do discurso dos doadores renais - abordagem da psicologia social**. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 27(3), 137-144.

CAMPOS, Theresinha Calil Padis - *Psicologia Hospitalar: Atuação do Psicólogo em hospitais*. 1995. São Paulo, EPU. CAMPOS. ISBN 8512604808.

CAREGNATO R, LAUTERT L – **The stress of the multiprofessional team in the operating room**. (2005) *Revista Brasileira Enfermagem*.

CARVALHO, Vicente A - **A vida que há na morte**. In: Bromberg, M. H. P. F. *Vida e Morte: Laços da existência*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996. 35-75.

CASSMEYER, V; MARANTIDES D. - **Stress, fatores de stress e gestão do stress**; In; Phipps, W. et al – *Enfermagem médico-cirúrgica; Conceito e prática clínica*. 6ª ed., Loures, Lusociência, 2003, ISBN: 972-8383-65-7.

CDC – CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Guidelines for prevention of intrevascular catheter – related infections 2011. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bci-guidelines-2011.pdf>. Acedido 21/03/2012. 22.35h.

CHALIFOUR, J. - **La relation daïde en soins infirmiers: une perpective holistique – humaniste**. Montreal; Gaetan Morin editeur. 1992.

CHICK, N.; MELEIS A. I. – Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L., **Nursing research Methodology**. Reckeville: aspen, 1986, p. 237-257;

CHLO – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA ACIDENTAL. <http://www.chlo.min-saude.pt>. Acedido 22/03/2012. 23.05h.

COIMBRA, A.; QUINTELA, E; PIÇARRA, G.; SANTOS, L. - **Perceção do Enfermeiro perante a morte cerebral e a doação de órgãos** – Sinais Vitais s.I.s.e. nº 5. (Nov. 1995). 35-38.

CONSELHO NACIONAL PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA – Parecer sobre critérios de morte cerebral. (10/cncv/95). 1995. <http://www.cncv.pt>. Acedido 14/02/2012. 22.30h.

CRUZ; VARELA, Z - **Admissão em centro cirúrgico como espaço de cuidado**. Versão eletrónica. Revista Eletrónica de Enfermagem, 4 (1), 2002. 51-58. URL: <http://www.fen.ufg.br>. Acedido 25/02/2012. 23h.

DIÁRIO DA REPÚBLICA I SERIE - LEI Nº 93 DE 21 DE ABRIL DE 1998

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a SERIE— N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

DIÁRIO DA REPÚBLICA artigo 12 da Lei Nº 12/93 de 22 de abril de 1993.

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – **Colheita e Transplante de Órgãos**.

DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1^a Serie – Nº9 – Portaria Nº 357 9 de maio de 2008.

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 163, de 23 de agosto de 2010 portaria nº 802/2010.

DIAS, M.; SOUSA, Miguel; INACIO, M. – **Ensino ao doente transplantado**. NEPHRO´S. Lisboa: Vol. 8 Nº 1. (janeiro, 2004), 23-25.

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAUDE – <http://www.dgs.pt> . Acedido 14/01/2012. 22.50h

EDQM – EUROPIAN DIRECTORATE OF THE QUALITY OF MEDICINES & HEALTHCARE – **Current situation of donation after circulatory death in European countries**. Strasbourg, Maio 2011.

FACHADA, O. **Psicologia das relações interpessoais**. 7^a ed. - Lisboa : Edições Rumo,1998.-2vols.; ISBN 972-688-120.

FARIA, S. **Supervisão clínica.**

<http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisão-clinica.2007>. Acedido 14-02-2012 Hora 22.30

FEDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria. A. - **Princípios de Administração para Enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 1999. 193 p. ISBN 972-8485-09-3.

FRANKLIN, Patrícia M. Transplante renal. in: Thomas, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia.** 2ª. Ed. Loures: Lusociência, 2005. P. 363-434. ISBN 972-8383-85-1.

GÁLVEZ, M. del Pilar Duque, - Transplantament – **Transplante renal exprimental en el cerdo com donante e corazón parado.** Estúdio de la lesión por isquemia-reperfusion. Marcadores de viabilidad del injerto, Barcelona: s.e. (2000) p 11.

GALVÃO, C.M. – **A prática baseada na evidência; uma contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem peri operatória.** Tese. Escola de enfermagem do Ribeirão preto. 2002.

GEORGE, J.B. e cols. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GIRARD, N. – **Clients having surgery – medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes.** St. Louis, Missouri, 2005. 7ª ed., cap. 16 p. 263-312.

GOMES, A.D., CARDOSO, L. & CARVALHO, C **Discurso de Liderança - O que faz sentido faz se.** In Psychologica, (2000) 23, 7 36. Coimbra.

GPT – Grupo Português de Tiragem. <http://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>. Acedido 08/05/2012. 13 horas.

HELMREICH, & SCHAEFER H. – **Team performance in the operating room.** In: Bogner IMS, editor. Human Error in Medicine New Jersey: Hillsdale; 1994. P. 225-253.
HESBEEN, WALTER. **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de cuidar.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HSC – HOSPITAL DE SANTA CRUZ. www.hsc.pt. 2011. Acedido 13-02-2012. 10.30h.

HUMPHRIS, D. - **Trabalho em equipa a eliminação de barreiras**. 1988 Nursing, 2 (14), Março, 14-15.

IGIF – Boletim informativo nº. 2. 2000.<http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php./Si>
Acedido a 02/05/2012. 9.30h

INFESTAS GIL, Angel. - **Sociologia de la Empresa**. Salamanca, Amarú Ediciones. 1991. ISBN 9788481961652

KIYOHARA, Leandro Yoshinobu [et al.]. **Sugery informagem reduce anxiets in the pre-operative period**. Revista Hospital da Clinicas Faculdade de Medicina São Paulo, 2004. Vol.59, nº2, p.51-56. ISSN 0041-8781. [Em linha]. Brasil. [Consult. 14/04/2012]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n2/a01v59n2.pdf>.

KOERNER, B; COHEN, J & ARMSTRONG, D.- **Professional behavior in collaborative pratice**. Jona,1986 .p. 16.

KOVÁCS, M^a Júlia - **A morte em vida**. In: Bromberg, M. H. P. Vida e morte; Laços de existência, S. Paulo. Casa do Psicólogo. 1996. ISBN 858514212.

KRON, T. & GRAY, A. - **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança** (6 ed.). Rio de Janeiro: 1989 Interlivros, 11-19.

LACOMBE, F.J.M.; Heilborn, G.L.J. **Administração: Princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003. ISBN 85-02-03788-9.

LAZZARETTI, C. T.-**Transplantes de órgãos: avaliação psicológica**. Psicologia Argumento, 24(45), 2006. 35-43.

LAZURE, H - **Viver a relação de ajuda**. Lusodidacta. 1994. ISBN: 972-95399-5-2.

LE BOTERF, G - **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed editora, 3^a edição revista e aumentada, 2003. ISBN: 85-363-0129-5, 278p.

LE BOTERF, G - **Construir as competências individuais e coletivas**. Resposta a 80 questões. 1^a Ed. Porto: Asa. 2005.

LEITÃO, J.- Contributo da relação enfermeiro/utente no comportamento do doente cirúrgico. Nursing, 58 - Ano 5, nº 58 (Novembro 1992), p. 6-17. ISSN 0871-6196.

LOPES, A. NUNES, L. Acerca da Trilogia: Competências Profissionais, Qualidade de Cuidados de Ética. Nursing, Ano 8, nº 90/91, 1995, ISSN:0871-6196, p.10.

LOPES, Noémia G. Mendes - Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. Enfermagem, 6, Out. / Dez. 1995. 34-39.

LOPEZ, M; REDONDO DE LA CRUZ, M.- Guias práticos de Enfermagem: hospitalização. Rio de Janeiro: 1998. McGraw-hill.

MACHADO; CAR; A dialéctica da vida quotidiana de doentes com insuficiência renal crónica: <http://www.usp.br>. Acedido 22/02/2012. 22.32h.

MARHARY M, SEXTON JB – Operationg Room Briefings and Wrong. SurgeryJournal of Americam College of Curgeons. 2006: 236 -43.

MARQUES, Rita Dourado – Comunicação com o doente/família em estado crítico. Lisboa. 2009. 73 diapositivos.

MAZARIS, E. M., WARRENS, A. N., & PAPALOIS, V. E. Ethical issues in live donor kidney transplant: views of medical and nursing staff. Experimental and Clinical Transplantation, 2009, 7(1), 1-7.

MELEIS, A. et.al – Experiencing transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. Vol 23, nº 1 (Set. 2000), p. 12-28;

MELEIS, A.I. – Theoritical Nursing: development and progress. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007;

MELO, M.- Comunicação com o doente: certezas e incógnitas. Loures: Lusociência, 2005. - 167 p; ISBN 972-8383-86-X.

NETO, H.; NETO, A. “ Fatores geradores de stress pré-operatório”, in Servir, Lisboa, vol. 43, nº2, março/abril, 1995.

NICOLE, RONCHIN.- <http://www.ee.usp.br/reeusp/>, 2010. Acedido em 2012. 6.45h.

NÓVOA, A.; FINGER, M. **O método (auto) Biográfico e a formação**. Lisboa: Ministério da saúde, DRHS, 1988.

NUNES, L.; AMARAL, MANUELA; GONÇALVES, ROGÉRIO. **Código Deontológico do Enfermeiro**: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. p. 456. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico dos Enfermeiros**: Anotações e Comentários, maio 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Um Novo Modelo De Desenvolvimento Profissional Certificação De Competências E Individualização De Especialidades Em Enfermagem** -Suplemento da Revista Número 26. 24p. Junho 2007, ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação Crítica**: outubro 2010.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - **Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs**. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Genève: Organisation Mondiale De La Santé, 1990. ISBN 92-4-220804-3.

PACHECO, Susana. – **Cuidar a pessoa em fase terminal**: Perspetiva Ética. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-30-04.

PAULA, A & CARVALHO, E **Ensino sobre o perioperatorio a pacientes**: estudo comparativo de recursos auditivos (vídeo) e oral. Ver. Latino-am. Enfermagem, 1997. 5 (3),35-42.

PINHEIRO, M. F. R. - **Organizar a prestação de cuidados: Uma função desafio para o enfermeiro chefe**. Servir, 42 (6) Nov. Dez, 1994. 319-331.

PIMENTEL, Alexandra. **A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional**. Estudo de Psicologia. Natal. (Em Linha) ISSN 1413-294X. vol 12, nº2 (2007), p. 159-168.(Consult. 20 Dez. 2008). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/c12n2/a08v12n2.pdf>. Acedido 13/02/2012. 20.30h.

POMPEO, D.A. – **Diagnóstico de enfermagem náuseas em pacientes no período pós-operatório imediato**. 2007. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

REPE – **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Decreto-lei nº. 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de abril.

RESENDE, Enio J. - **O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor autoajuda para pessoas, organizações e sociedade**. 2ª ed. 2003. Rio de Janeiro: Qualitymark.

RIETHER, A. M.; & MAHLER **Organ donation – psychiatric, social and ethical considerations**. *Psychosomatics*, 1995 36(4), 336-343.

RILEY, Júlia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2004.

REANIMA e SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRAUMA – **Curso avançado de trauma – Manual de trauma**. (S.I), António A. Carneiro e Jorge Mineiro, 1998.

RODRIGUES, Nubia & CARDOSO, Carlos Alberto. **Idéia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa**. In: Duarte, Luiz F.D. (org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fio cruz, 1998. 137-149.

ROY, S.C. ANDREWS, H.A. **Teoria da enfermagem. O modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. – 520 p.; - (Medicina e Saúde, 23) ISBN 972-771-175-8.

SANTOS, Paula – **expectativas dos pais face ao acolhimento de enfermagem no momento da admissão do seu filho na unidade de cuidados intensivos cardiorácica**. Dissertação apresentada à escola Francisco Gentil, no âmbito do 1º Curso de estudos superiores especializados em enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Lisboa.1997.

SASSO, K.D. e tal – **O ensino na alta hospitalar de pacientes submetidos ao transplante de fígado: Papel relevante do enfermeiro**. (em linha) In 9º Congresso Brasileiro dos Transplantes. Pestana Bahia, Disponível em:

<http://www.doacaodeorgaos.com.br/profissional/congressabto/fortaleza/posters/enfermagem.pdf>.2005. Acedido 12-02-2012. 22.30h.

SILVA, M. de F; OLIVEIRA, J. PEDRO; COSTA, M.; SOUSA, R. - **Acolhimento do doente no bloco operatório**. Nursing. Lisboa. ISSN: 0871-6196. Ano 16 Nº 20 Mar/2006, p. 36-41.

SOARES, C. - **Projeto para uma unidade de cuidados paliativos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2007.

SWEARINGEN et al. **Enfermagem de Cuidados Intensivos. Disfunções Renais e Urinárias**. 4ª. Edição, Lisboa: Lusociência. 1999. ISBN: 972-8383-52-5.

TOMEY; ALLIGOOD – **Teorias de Enfermagem e sua obra**. 5ª Edição, Lisboa; Lusociencias.2004 ISBN – 972-8383-74-6.

UCP-ICS/ESPS - Enfermagem - Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, 2010. 14p.

UKCCN – United Kingdom Central Council for Nursing. [www.http://supervisaoclinicanaenfermagem.1996](http://www.supervisaoclinicanaenfermagem.1996) Acedido 02/05/2012. 11h.

URDEN, Linda D,; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Thelan`s Enfermagem de cuidados intensivos – diagnóstico e intervenção**. 5ª ED. Loures: Lusodidácta, 2008. 1265 p. ISBN: 978-989-8075-08-6.

VALADAS, M. Anjos.- **Reflexão sobre a prática do Cuidar em Enfermagem**. Sinais Vitais, Coimbra nº 59 (março, 2005) p.62-64.

VALADARES, Jorge de Campos - **Anotações de orientação para desenvolvimento da Tese**. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.2001.

WATSON, Jean,. **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de enfermagem**, Loures-Lisboa: Lusociência.1999. ISBN: 972-8383-33-9.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-33-9.

WISINSKI, J. **Como Resolver Conflitos no Trabalho**. Rio de Janeiro: Campus; 1994.

ZEICHNER, K – **A formação reflexiva de professores: Ideias e práticas**. Lisboa: Educa, 1993. 131p. ISBN 972-8036-07-8.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Normas e Procedimentos referentes aos Cuidados de Enfermagem com cateter de hemodiálise.

	NORMA Cuidados de Enfermagem com o cateter de hemodiálise	
SERVIÇO DE URGÊNCIA HSFX		
Suporte Teórico: *NKF K/DOQI guidelines For Vascular Access 2006. *CDC 2011	Elaborado por: Adelina Pinto (Aluna Mestrado em enfermagem na área de especialização Médico-cirúrgica da UCP) Enf.ª. Orientadora: Paula Batista DATA: outubro 2011	Aprovado em: ____/____/____ Enf. Diretora

Objetivo:

- Assegurar a avaliação do cateter venoso central (CVC) pré e pós tratamento de diálise.
- Dar orientações sobre os cuidados a ter com CVC.
- Prevenir a infeção e detetar precocemente complicações.

Cateteres venosos centrais (CVC):

Um cateter venoso central é um dispositivo sintético que é inserido numa veia de grande calibre localizada centralmente. Pode ser usado num doente em fase aguda ou um doente com doença renal crónica.

Normas:

Para os cuidados a ter com CVC é recomendada a técnica “no touch”.

- Avaliação pré-tratamento.
- Cuidados ao local e mudança do penso.
- Avaliação pós-tratamento.
- Lavagem dos ramos e seu preenchimento.
- Infeções relacionadas com o cateter.
- Diminuição significativa do fluxo sanguíneo prescrito.
- Ausência de fluxo sanguíneo no cateter, ao efetuar a aspiração.

Localização cateter venoso central: (os três locais possíveis para colocação de CVC) são:

- Pescoço: Veia jugular interna.
- Ombro: Veia subclávia.
- Virilha: Veia femural.

PROCEDIMENTOS	EXPLICAÇÃO
Preparar todo o material necessário: Utilizar E.P.I. (máscara/viseira ou óculos) Colocar a máscara ao doente.	A colocação da máscara no doente diminui o risco de contaminação com microrganismos do trato respiratório.
Lavar as mãos e colocar luvas não esterilizadas.	As precauções universais são sempre respeitadas quando há risco de contacto com sangue e/ou fluidos corporais.
Retirar o penso do local do cateter e coloca-lo no contentor de lixo contaminado.	Se o penso estiver colado devido a sangue seco ou exsudado, utilize uma seringa com soro fisiológico e humedeça o penso até este se descolar facilmente.
Retirar as luvas, lavar as mãos e colocar luvas esterilizadas, antes de limpar o local de acesso.	
Realizar uma observação/avaliação do acesso no início de cada tratamento. Fazer o respetivo registo, se destacar algo anormal.	
Comunicar ao médico a presença de exsudado a fazer uma zaragatoa, se prescrito.	Deve-se fazer análise do exsudado para se prescrever o antibiótico adequado.
Usar peróxido de hidrogénio e/ou soro fisiológico, para lavar e remover qualquer presença de matéria orgânica seca.	Sangue/exsudado seco favorece o crescimento de bactérias e causa infeções. Movimentos circulares são usados em todos os passos de limpeza. Comece do local de inserção do cateter para fora de modo a descolar as bactérias para longe do local de inserção do cateter.
Aplicar álcool a 70% ou clorhexidina a 2% ou iodopovidona, para desinfetar as áreas á volta do cateter e do penso.	O álcool atua também como um desengordurante da pele. As bactérias usam a gordura da pele como meio de crescimento. Desengordurar a pele ajuda os adesivos a aderir à pele. Iodopovidona pode danificar a silicone de alguns cateteres. O álcool pode danificar outro tipo de cateteres “quinton”, pelo que se deve ler a instruções.

<p>Utilizar penso com compressa ou penso transparente semipermeável estéreis para tapar o local do cateter. – Cat. IA</p> <p>Certifique-se que os terminais do cateter, os “clamps”, adaptadores e tampas ficam “livres” para acesso.</p> <p>Substituir o penso do cateter quando húmido solto ou sujo. – Cat. IB</p> <p>Se o utente apresentar hemorragia ou exsudado utilizar penso com compressa estéril até se resolver. – Cat. II</p> <p>Usar pomadas antibióticas ou cremes no local de inserção apenas nos cateteres de hemodiálise. – Cat. I</p> <p>Substituição dos pensos de CVC de curto prazo.</p> <ul style="list-style-type: none">- 2 dias – penso com compressas. Cat. II- 7 dias – penso transparente. Cat. IB- 8 dias – pensos transparentes de cateter tunelizado ou implementados. Cat. II	<p>A gaze impede o penso de aderir diretamente ao cateter e seu local de inserção. O penso deve segurar o cateter e diminuir a possibilidade de ser puxado e deslocado pelo vestuário ou posicionamento do doente. Movimentos repetidos do cateter aumentarão o risco de infeção.</p>
<p>Coloque o lixo contaminado no contentor. Retire as luvas e lave as mãos.</p>	<p>A lavagem das mãos é necessária para diminuir o risco de infeções.</p>

APÊNDICE II - Questionário de Diagnóstico de situação em relação aos conhecimentos dos Enfermeiros referente aos procedimentos aos doentes que são referenciados para colheita de órgãos.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Sou Enfermeira no Hospital de Santa Cruz, e encontro-me a fazer o Mestrado do Curso de Enfermagem Médico-cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa. Venho solicitar a colaboração dos Enfermeiros da Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier, para responder a um questionário de diagnóstico de situação em relação aos conhecimentos referentes aos doentes que são referenciados para colheita de órgãos. A amostra é constituída por 40 enfermeiros deste serviço, escolhidos aleatoriamente.

A sua colaboração é imprescindível, para conseguir direccionar o meu projeto de intervenção. Peço que responda de forma sincera a todas as questões tentando não deixar nenhuma por responder pois este facto iria anular o seu questionário. Este questionário è anónimo.

Desde já agradeço a colaboração.

Maria Adelina Russo Pinto

QUESTIONÁRIO

Idade _____ Anos

Género – ☐ ☐

Anos de Experiência Profissional _____

- 1-Todos nós somos considerados não dadores? Sim ☐ Não ☐
- 2- Sabe o que significa **RENDA**? Sim ☐ Não ☐
- 3- Já teve contacto com doentes que são referenciados para colheita de órgãos?
Sim ☐ Não ☐
- 4- Sabe o que é a classificação de Maastrich, referente há colheita de órgãos?
Sim ☐ Não ☐

Classifique as seguintes afirmações como **verdadeira** ou **falsa**:

1. O doente com AVC hemorrágico não pode ser dador de órgãos ☐
2. A manutenção do dador só pode ser feita após o reconhecimento de morte cerebral..... ☐
3. Um doente que entre na sala de reanimação em situação irreversível pode ser logo referenciado como possível dador ☐
4. Um dador tem avaliação das 1.^as provas de morte cerebral e volta a repetir as provas ao fim de 6 horas das 1.^as. provas..... ☐
5. A equipa de colheita só é contactada ao fim das 2.^as provas..... ☐
6. A consulta ao RENDDA só pode ser feita ao fim das 2.^as provas..... ☐
7. Um doente com HCV pode ser dador..... ☐
8. O cuidado do doente passa a manutenção do dador após diagnóstico de morte cerebral ☐
9. Um doente de 22 anos com doença crónica, vítima de acidente de viação, em morte cerebral, pode ser dador ☐
10. Um doente com 45 anos em morte cerebral com 5 dias de UCI pode ser dador de coração, pulmão, fígado, pâncreas e rins ☐

APÊNDICE III - Planificação da ação de formação sobre o tema colheita de órgãos.

PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

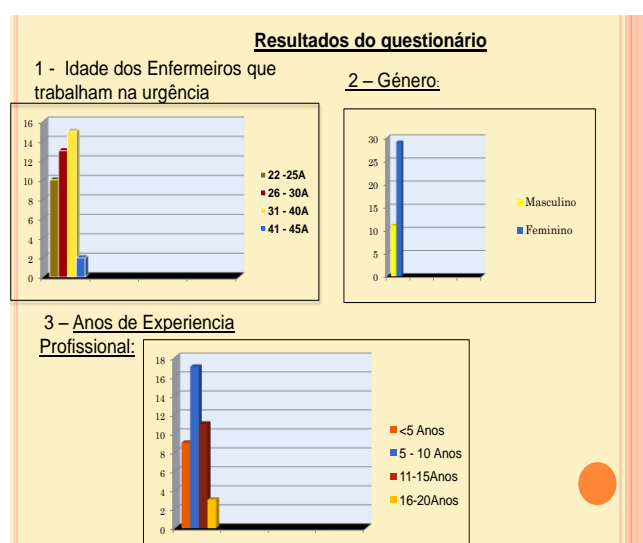
Título	Colheita de órgãos.
Fundamentação	O transplante é a única opção terapêutica e curativa da função renal, trazendo ao doente insuficiente renal uma melhoria bastante significativa da sua qualidade de vida e dos seus familiares. É pertinente a formação dos enfermeiros do serviço para a sensibilização do processo de seleção dos doentes referenciados para colheita de órgãos.
Objetivos	Conhecer o processo de colheita de órgãos de dador cadáver
Destinatários	Enfermeiros do serviço de urgência do Hospital de São Francisco Xavier.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none">➤ Colheita de órgãos seleção do dador cadáver; - 15m.➤ Reconhecimento de morte cerebral.- 5m.➤ Medidas gerais para manutenção do dador – 10m.➤ Contraindicações para seleção de dador cadáver - 10➤ Legislação. - 5m.
Horário e Local	HSFX, sala de formação do serviço de urgência
Métodos utilizados	Apresentação expositiva. Meios audiovisuais – power point
Avaliação	Questionário de avaliação da formação

APÊNDICE IV - Ação formação sobre o tema colheita de órgãos apresentada na urgência do HSFX.

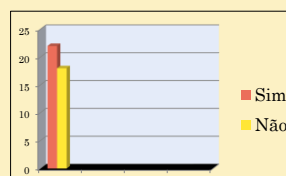


OBJECTIVOS:

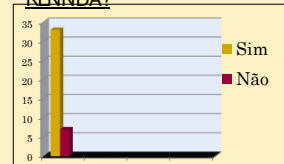
- Transmitir os resultados dos questionários de diagnóstico de situação sobre os conhecimentos Enfermeiros do Serviço de urgência sobre o processo de colheita de órgãos.
- Saber os critérios para seleção de dadores.
- Conhecer o fluxograma do processo de colheita de órgãos.



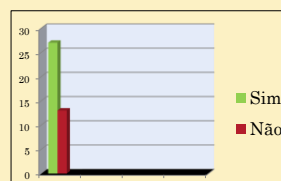
4 - Todos nós somos considerados não dadores?



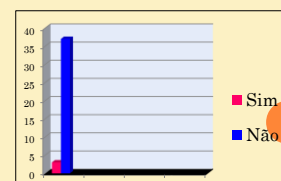
5 - Sabe o que significa RENNDA?



6 - Já teve contacto com doentes que são referenciados para colheita de órgãos?



7 - Sabe o que é a classificação de Maastrich, referente à colheita de órgãos?



Este questionário foi aplicado a 40 Enfermeiros do serviço de urgência. Podemos verificar que em relação à idade a maioria encontra-se entre os 31-40 anos, são de sexo feminino e em relação aos anos de experiência profissional a maioria encontra-se entre os 5-10 anos.

A maior parte dos enfermeiros não sabe que todos nós somos considerados dadores de orgãos. No entanto quando questionados em relação ao RENNDA a maioria sabe o que significa. A o maioria já teve contacto com doentes referenciados como possíveis dadores. No entanto não sabem o que significa a classificação de Maastrich.

PERGUNTAS

1 - O doente com AVC hemorrágico não pode ser dador de órgãos. **FALSA**

2 - A manutenção do dador só pode ser feita após o reconhecimento de morte cerebral. **VERDADEIRA**

3 - Um doente que entre na sala de reanimação em situação irreversível pode ser logo referenciado como possível dador. **VERDADEIRA**

4 - Um dador tem avaliação das 1.^as provas de morte cerebral e volta a repetir as provas ao fim de 6 horas das 1.^as. provas. **FALSA**

5 - A equipa de colheita só é contactada ao fim das 2.^as provas **FALSA**

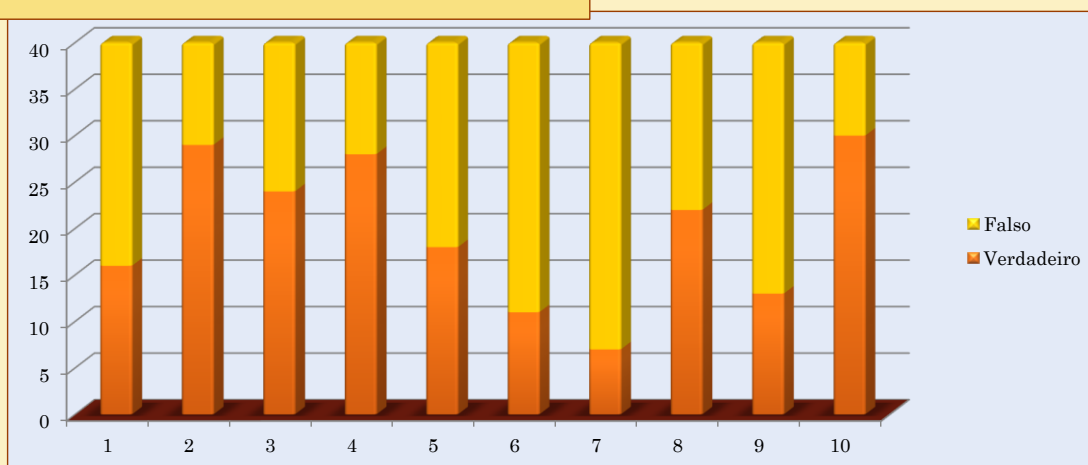
6 - A consulta ao RENND só pode ser feita ao fim das 2.^as provas. **FALSA**

7 - Um doente com HCV pode ser dador. **FALSA**

8 - O cuidado do doente passa a manutenção do dador após diagnóstico de morte cerebral. **VERDADE**

9 - Um doente de 22 anos com doença crónica, vítima de acidente de viação, em morte cerebral, pode ser dador. **VERDADEIRA**

10 - Um doente com 45 anos em morte cerebral com 5 dias de UCI pode ser dador de coração, pulmão, fígado, pâncreas e rins. **FALSA**



Em relação à interpretação deste gráfico, verifica-se que não existem grandes dúvidas em relação ao processo de colheita de órgãos. No entanto, salienta-se que em relação à pergunta nº 4, verifica-se que existem dúvidas em relação ao tempo necessário para repetição das segundas provas, pois estas realizam-se ao fim de quatro horas.

Na pergunta nº 5, existem dúvidas em relação ao contacto com a equipa de colheita, pois esta pode ser contactada logo após as primeiras provas de morte cerebral.

Em relação à pergunta nº 10, verifica-se que a maioria não sabe que um doente para ser dador de pulmão só pode ter um ou dois dias de ventilação.

POTENCIAL DADOR

- **Morte Cerebral** (acidente vascular cerebral, trauma crânio -cerebral, encefalopatia hipoxica, etc.)
- **Pós Paragem Cardíaca** (critérios de maastricht)
 - no hospital
 - fora do hospital

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.

CRITÉRIOS DE MAASTRICH

- 1 - PCR fora hospital
- 2- Falência de manobras de reanimação em PCR no hospital
- 3- PCR após suspensão de terapêutica, na UCI
- 4- Na UCI, doentes em avaliação de morte cerebral que sofrem uma PCR irreversível e inesperada

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.

AValiação do Dador

- História clínica
- Grupo sanguíneo
- Dados laboratoriais:
 - # marcadores virais
 - # parâmetros de infeção
 - # função renal e hepática

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1.ª Série – N.º 9 – Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

CONTRA-INDICAÇÕES PARA ACEITAÇÃO DE DADOR CADÁVER

DEFINITIVAS

- HIV +
- HCV +
- HBs Ag +
- Neoplasias malignas
- Infecções sistêmicas
- Doença renal conhecida
- HTA grave

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – Nº9 – Portaria Nº 357 9 de maio de 2008.

Paragem Cardiopulmonar presenciada

Procedimentos complexos
num curto espaço de tempo

Arrefecimento e preservação começados em
menos de 30 minutos

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.

FLUXOGRAMA DE COLHEITA

Aceitação do dador

Consulta ao **RENDA** – registo
nacional de não dadores

Manutenção
do dador

Colheita de sangue
e gânglios para
tipagem

Oferta e coordenação de
colheita multiorgânica

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – **Colheita e Transplante de Órgãos.**
- DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1.ª Série – N.º 9 – Portaria N.º 357 9 de maio de 2008.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 163, de 23 de agosto de 2010 portaria n.º 802/2010.
- FRANKLIN, Patricia M. Transplante renal. in: Thomas, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2.ª Ed. Loures: Lusociência, 2005. P. 363-434. ISBN 972-8383-85-1.
- GALVEZ, M. del Pilar Duque, - Transplantament – Transplante renal experimental en el cerdo con donante e corazón parado. Estudio de la lesión por isquemia-reperfusion. Marcadores de viabilidad del injerto, Barcelona: s.e. (2000) p 11.
- RIETHERA, M.; & MAHLER, **Organ donation – psychiatric, social and ethical considerations.** *Psychosomatics*, 1995 36(4), 336-343.

APÊNDICE V - Questionário de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos realizada no HSFX.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

Grelha de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos.

Preencha a grelha de avaliação referente á formação, considerando,

1 - INSUFICIENTE 2 - SUFICIENTE 3 - BOM 4 - MUITO BOM

	1	2	3	4
Tema				
Domínio do assunto				
Duração da formação				
Pertinência (aplicabilidade) da sessão				
Clareza na apresentação (comunicação)				
Autoconfiança				
Utilização de auxiliares pedagógicos				
Gestão do tempo				

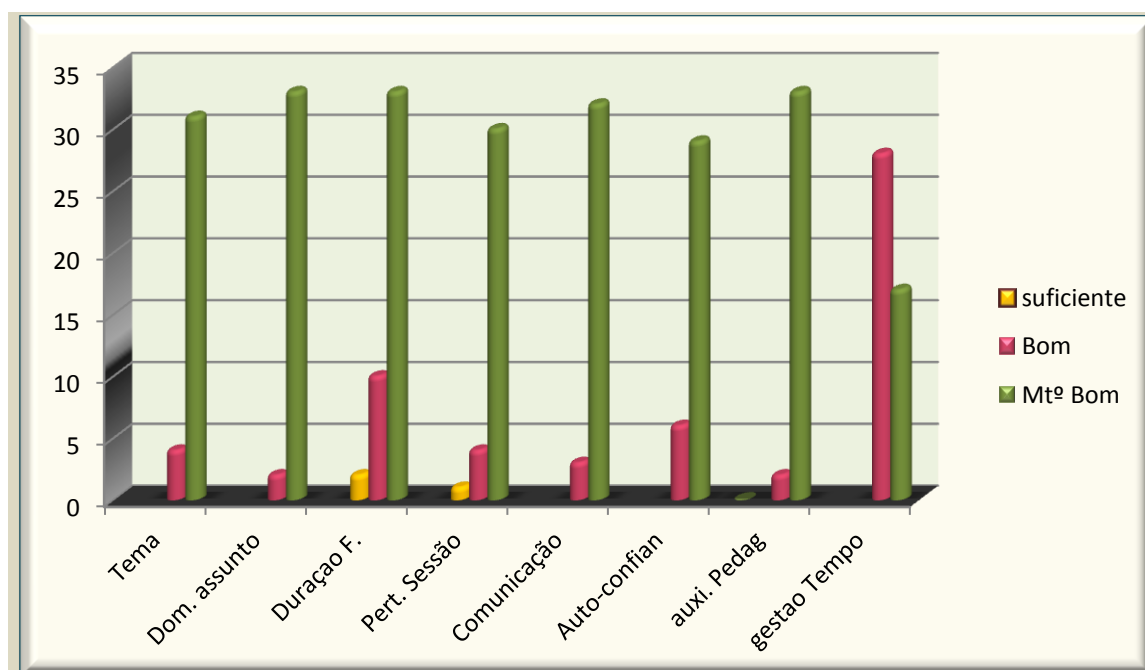
Comentários

APÊNDICE VI – Análise dos resultados de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos realizada no HSFX.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE COLHEITA DE ÓRGÃOS.

Nesta ação de formação participaram 35 enfermeiros que trabalham no serviço de urgência. A formação foi repetida em cinco sessões para tentar abranger o maior número de participantes.

Em relação aos resultados apresentados posso dizer que de uma geral ação de formação foi muito boa. Pois o número de participantes foram aumentando há medida que esta era divulgada pelos enfermeiros que tinham assistido anteriormente.



Dos resultados do questionário salienta-se:

Tema – 87,5% muito bom, 12,5% bom.

Domínio do tema - 92,5% muito bom, 7,5% bom.

Duração da formação – 57,5% muito bom, 35% bom e 7,5% suficiente.

Pertinência da formação – 82,5% muito bom, 12,5% bom e 5% suficiente.

Comunicação – 90% muito bom, 10% bom.

Autoconfiança – 90% muito bom, 10% bom.

Meios auxiliares pedagógicos – 98% muito bom, 2% bom.

Gestão de tempo – 75% bom, 25% muito bom.

Pela análise qualitativa acerca dos comentários constato que 85% considerou a formação como muito interessante para o serviço em questão. Relacionam ainda com a sensibilização para a importância do tema.

APÊNDICE VII – Fluxograma sobre o processo de colheita de órgãos.



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
Curso de Especialidade em Enfermagem
Medico Cirúrgica

FLUXOGRAMA DA COLHEITA DE ORGÃOS

Realizado por:

ALUNA: Maria Adelina Pinto

TUTORA: Prof. Filipa Veludo

ENF. ORIENTADORA: Paula Batista

FLUXOGRAMA DA COLHEITA DE ÓRGÃOS

CONTACTO COM O HOSPITAL COLABORANTE

- Articula-se com coordenador Hospitalar de Doação;
- Após 1ª. Provas de verificação de morte cerebral;
- Ativação de medidas de manutenção de potencial dador

- **Manutenção da TA sistólica > 100 mmhg**
Administração de fluidos e aminas vasopressoras
- **Manter glicemia 80-140mg/dl**
- **Manter K sérico >3 e <5 mmol/L**
- **Manter valores séricos de Ca, Mg, P**
- **Manutenção de débitos urinários**
Administração de Manitol e diuréticos
- **Monitorização de:** TA ; Débitos, Urinários ; Temp. axilar

OBSERVAÇÃO DO DOENTE DADOR PARA ACEITAÇÃO

Causa, idade, peso, altura, tempo de UCI, grupo, dados laboratoriais:

- Marcadores virais
- Parâmetros de infeção
- Função renal e hepática

CONTRAINDICAÇÕES PARA ACEITAÇÃO DE DADOR CADÁVER

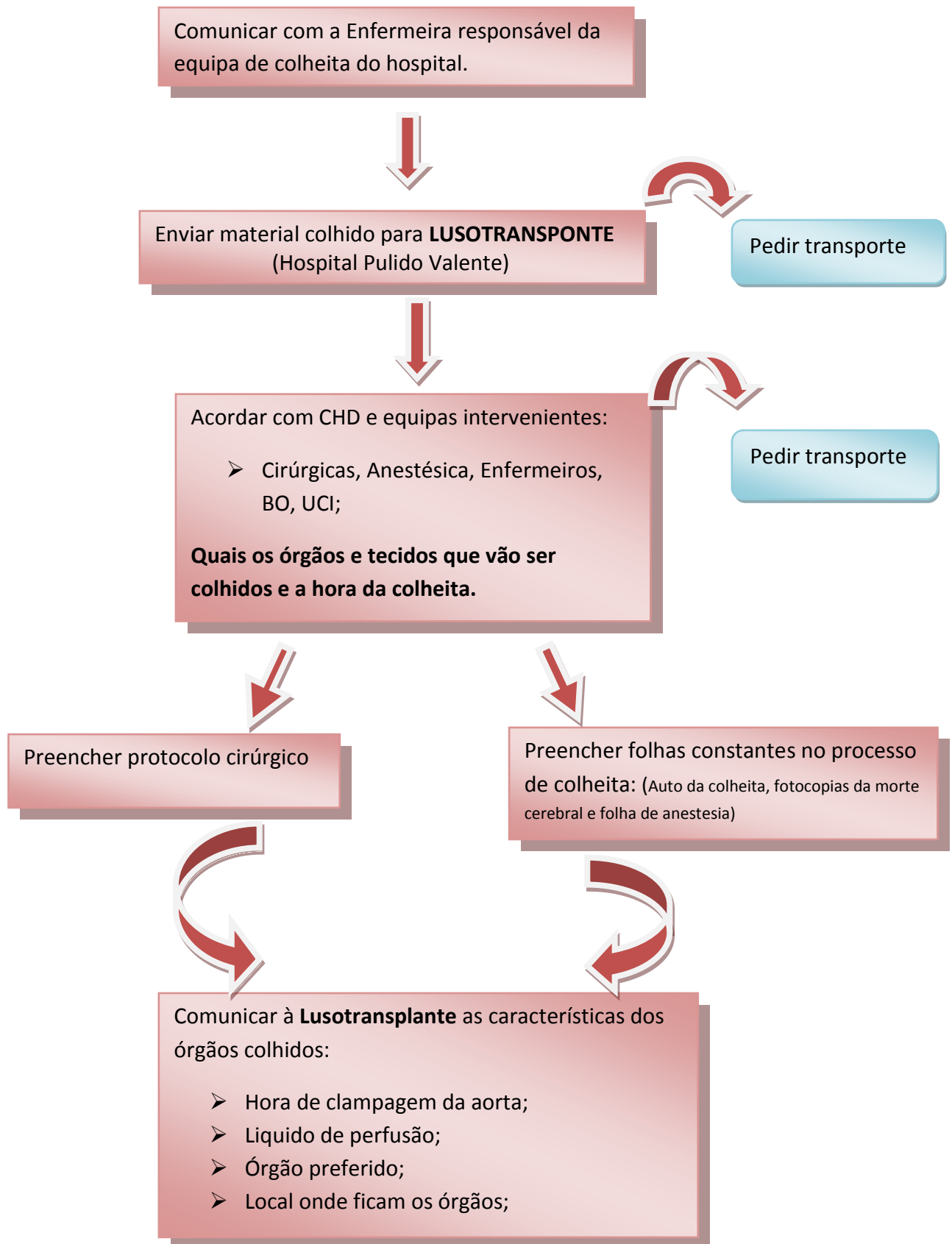
- HIV +, HCV +, HBs Ag +
- Neoplasias ativas exceto alguns tumores primitivos do SNC, carcinoma de células basais da pele, carcinoma in situ do útero, e tumores renais de baixo grau de malignidade.
- Infeções sistémicas.
- Doença renal conhecida
- HTA grave
- Creatinina superior a 1,5 de entrada e/ou superior a 2,5 pré colheita.
- Anti-CMV IgG não constitui critério de exclusão mas deve ser conhecida a sua presença.

Segundas provas de verificação de morte cerebral confirmadas.

Colheita de gânglios inguinais em soro e sangue,

- 6 tubos hemograma
- 4 tubos de li-heparina (bioq., urgente)
- 4 tubos Serum gel (secos)

(trata-se de material para análise pode ser colhido após as 1ª. Provas).



APÊNDICE VIII - Ação de formação sobre o tema “Dador vivo - doação cruzada,” Realizada no BO do HSC.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Hospital de Santa Cruz

Elaborado por:
Maria Adelina Pinto

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Objectivos:

- Transmitir informação referente ao processo de pré-transplantação de dador vivo e doação cruzada.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

➤ Seleccção dos dadores

- Motivação para doar
- Indivíduos saudáveis
- Indivíduos compatíveis
- Função renal normal
- Função renal simétrica
- Anatomia renal compatível com doação sem risco

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Legislação

- Art. 8º, nº1 - O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.
- Prevê que a doação possa ser feita sem relação de parentesco directa entre o receptor e o dador

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 - Colheita e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª Série - N.º 9 - Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

QUEM PODE SER DADOR?



DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 - Colheita e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª Série - N.º 9 - Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Preparação do dador/receptor

- Inscrição para Transplante
- Consulta de Nefrologia
- “ Cirurgia
- “ Enfermagem
- “ Psicologo

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 - Colheita e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª Série - N.º 9 - Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Cont:

- Consulta Assistente social – Avaliação da situação social e económica do dador /receptor
- Parecer da EVA (Entidade de verificação da admissibilidade da colheita para transplante)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1.ª Série – N.º 9 – Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

EVA – (Entidade de Verificação da admissibilidade da Colheita para Transplante).

“ Compete emitir parecer vinculativo sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante, garantindo que a mesma é consentida de forma livre, esclarecida, informada e inequívoca, e com respeito pelos princípios da gratuitidade, altruísmo e solidariedade”.

Despacho nº 26951/2007 Diário da Republica

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação do dador/receptor

- Avaliação clínica
- Avaliação laboratorial (analises)
- Avaliação imagiológica (Rx. Angiotac, cintigrafia de perfusão, etc.)

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 – Colheita e Transplante de Órgãos
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1.ª Série – N.º 9 – Portaria N.º 357/9 de maio de 2008.

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação do dador

Avaliação clínica:

História clínica

Despiste de patologia renal:

- ✓ hematuria
- ✓ edemas
- ✓ infecções urinárias
- ✓ litíase
- ✓ história familiar de doença
- Maior risco operatório
- Manutenção da função renal a longo prazo
- Ant. de tromboembolismo

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

- Antecedentes psiquiátricos
- Doença maligna
- Alcool e drogas
- Cirurgias anteriores
- Idade
- Obsidade
- Hipertensão
- Diabetes
- Hábitos tabagicos

DIÁRIO DA REPÚBLICA N.º 124, 29 de junho de 2007 -
Colheita e Transplante de Órgãos
DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1.ª Série - N.º - Portaria N.º 357/9
de maio de 2008

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

AValiação DO DADOR:

Contra indicações para doação:

- Doença maligna prévia excepto:
 - Tumores cutâneos de baixa malignidade
 - Carcinoma in situ do colo uterino
- HTA - atingimento de órgão alvo
 - HTA mal controlada
 - HTA controlada com terapêutica múltipla
 - presença de outros factores de risco
- Diabetes mellitus (contra indicação absoluta)
- Litíase renal – sem emissão de calculos há 10 anos (contra indicação relativa)

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Objectivo 1

Poder proporcionar aos doentes renais crónicos um rim para transplantar num espaço de tempo menor e com probabilidade de funcionar durante mais anos.

Objectivo 2

- Mortalidade zero
- Morbilidade reduzida
- Sem lesões no rim

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação dador e receptor

➤ REUNIÃO MÉDICO-CIRURGICA

- ☐ Avaliação clínica
- ☐ Avaliação de enfermagem
- ☐ Avaliação da assistente social
- ☐ Avaliação do psicólogo
- **Consentimento informado** verificado pelo médico designado
- **Entrevista com EVA** entidade verificadora da acessibilidade
- Consulta de Anestesia
- Início de imunossupressão
- Agendamento da cirurgia

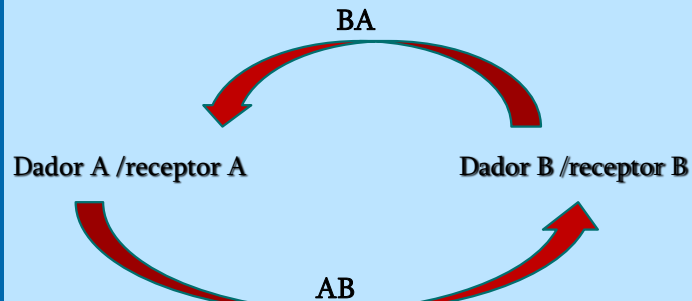
TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

“ Doação Renal Cruzada com dador vivo processo de alocação que permite a transplantação de órgãos compatíveis através do intercâmbio de rins de dois ou mais pares dador-receptor”.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA



Diário da República n.º 163 Art. 1.º 23 Agosto 2010

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Hospital comunica



ASST (autoridade p/ os serviços de sangue e transplantação)

Tem competências de:

- Funções de regulação
- Controlo e fiscalização da actividade de transplantação;

**inclusão de um par dador-receptor no
PNDRC**

Diário da República n.º 163 Art. 1.º 23 Agosto 2010

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

A seleção dos pares para cruzamento é feita 2X Ano.

Após a seleção é comunicado pela ASST aos centro de transplantação e ao centro de histocompatibilidade;

O receptor colocado de imediato em **standby** na lista de dador de cadaver;

Os dados referentes ao dador são enviados á equipa de transplante;

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Confidencialidade

Salvo o consentimento de quem de direito, **é proibido** revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Procedimento para colheita:

- A data e hora da colheita será acordada entre os centros;
- A nefrectomia dos dadores é realizada nos centros onde estão inscritos;
- Não se procede há **indução anestésica** dos receptores até as nefrectomias estejam concluídas e os órgãos considerados para transplante;

Diário da República 63.ª Anotação 25 Agosto 2010



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- o DIARIO DA REPUBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – **Colheita e Transplante de Órgãos**.
- o DIARIO DA REPUBLICA – 1ª Serie – Nº9 – Portaria Nº 357 9 de maio de 2008.
- o DIARIO DA REPUBLICA Nº 163, de 23 de agosto de 2010 portaria nº 802/2010.
- o FRANKLIN, Patrícia M. Transplante renal. in: Thomas, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª. Ed. Loures: Lusociência, 2005. P. 363-434. ISBN 972-8383-85-1.
- o GÁLVEZ, M. del Pilar Duque, - Transplantament – **Transplante renal experimental en el cerdo con donante e corazón parado**. Estudio de la lesión por isquemia-reperfusion. Marcadores de viabilidad del injerto, Barcelona: s.e. (2000) p 11.
- o RIETHER,A. M.; & MAHLER **Organ donation – psychiatric, social and ethical considerations**. *Psychosomatics*, 1995 36(4), 336-343.

APÊNDICE IX - Planificação da ação de formação sobre o tema dador vivo
doação cruzada realizada no BO de HSC.

PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Titulo	Transplante renal dador vivo – doação cruzada
Fundamentação	O transplante é a única opção terapêutica e curativa da função renal, trazendo ao doente insuficiente renal uma melhoria bastante significativa da sua qualidade de vida e dos seus familiares. É objetivo do hospital para este ano a realização de transplante de dador vivo cruzado
Objetivos	Transmitir informação referente ao processo de pré-transplantação de dador vivo e dador cruzado.
Destinatários	Enfermeiros do serviço do bloco operatório
Programa	<ul style="list-style-type: none">• Critérios de seleção dos dadores – 5m• Preparação do dador recetor - 8• Consulta á EVA - 5• Contra indicações para doação – 5m• Consentimento informado 5m• Doação procedimentos de cruzada colheita – 10m
Horário e Local	HSC, B.O.- Dia 1/ 06/2011 das 8h às 8.30m
Métodos utilizados	Apresentação expositiva. Meios audiovisuais – power point
Avaliação	Questionário de avaliação da formação

APÊNDICE X - Questionário de avaliação da ação de formação sobre dador vivo e doação cruzada.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Grelha de avaliação da ação de formação sobre colheita de órgãos.

Preencha a grelha de avaliação referente á formação, considerando,

1 – INSUFICIENTE 2 - SUFICIENTE 3 - BOM 4 – MUITO BOM

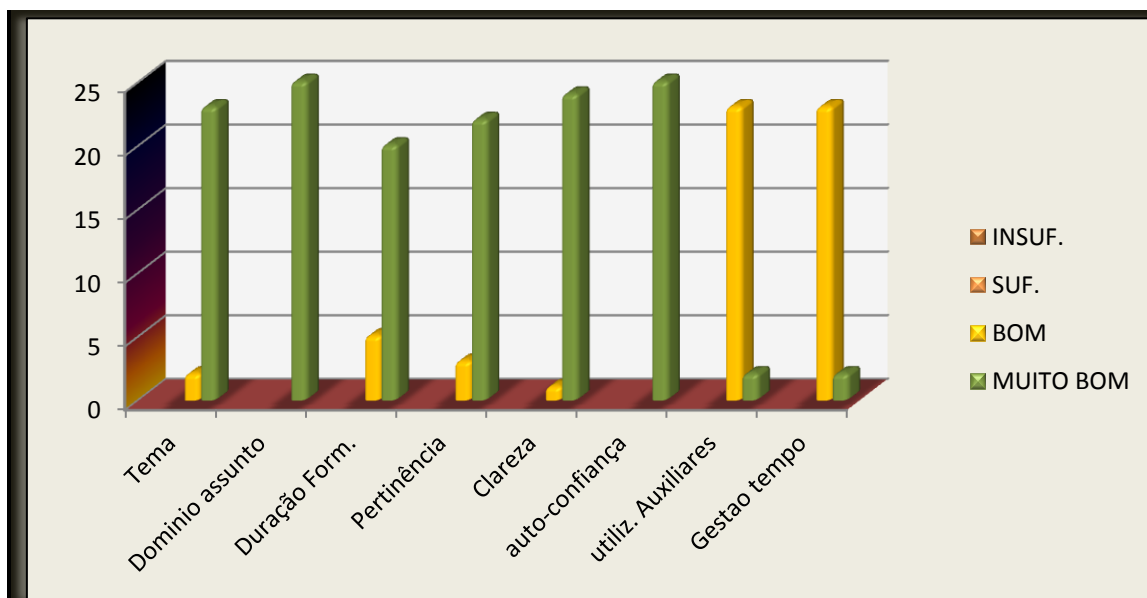
	1	2	3	4
Tema				
Domínio do assunto				
Duração da formação				
Pertinência da sessão				
Clareza na apresentação (comunicação)				
Autoconfiança				
Utilização de auxiliares pedagógicos				
Gestão do tempo				

Comentários

APÊNDICE XI - Avaliação da ação da formação – Dador vivo doação cruzada.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO DADOR VIVO DOAÇÃO CRUZADA

Nesta ação de formação participaram 25 enfermeiros que trabalham no bloco operatório do HSC. Em relação aos resultados apresentados posso dizer que de uma geral ação de formação foi muito boa.



Dos resultados do questionário salienta-se:

Tema – 100% muito bom

Domínio do tema – 93,3% muito bom, 6,6% bom.

Duração da formação – 13,3% muito bom, 86,6% bom.

Pertinência da formação – 86,6% muito bom, 13,3% bom.

Comunicação – 93,3% muito bom, 6,6% bom.

Autoconfiança – 86,6% muito bom, 13,3% bom.

Meios auxiliares pedagógicos – 86,6% muito bom, 13,3% bom.

Gestão de tempo – 80% bom, 20% muito bom.

Baseado nos resultados verifico que a formação foi muito positiva para o bloco operatório uma vez que é um projeto novo e o serviço vai estar envolvido.

APÊNDICE XII – Ação de Formação sobre o “Processo de colheita de órgãos,
Dador vivo – Doação cruzada. Realizado no serviço de nefrologia do HSC.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO Hospital de Santa Cruz

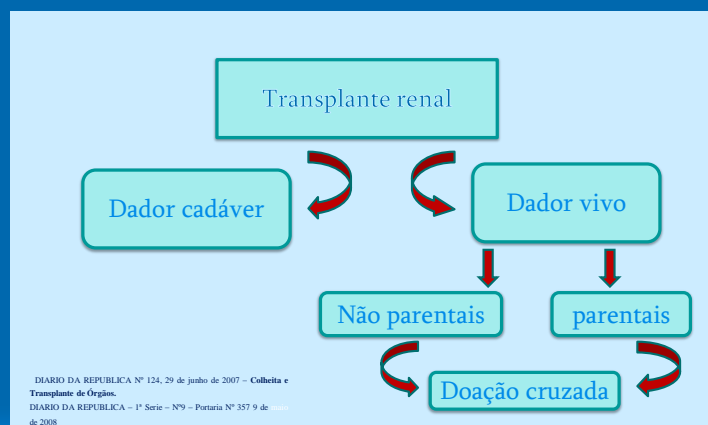
Elaborado por:
Maria Adelina Pinto

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

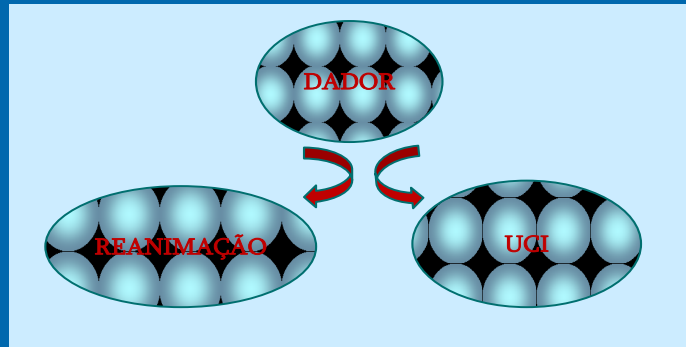
Objectivos:

- Conhecer o processo de colheita de órgãos de dador cadáver,
- Transmitir informação referente ao processo de pré-transplantação de dador vivo e dador cruzado.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO



TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO



DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Cadáver e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – N.º – Portaria Nº 357/9 de maio de 2009.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO



DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Cadáver e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – N.º – Portaria Nº 357/9 de maio de 2009.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

MEDIDAS GERAIS DE MANUTENÇÃO DO DADOR

- Manutenção da TA sistólica > 100 mmhg
Administração de fluidos e amins vasopressoras
- Manutenção de débitos urinários
Administração de Manitol e diuréticos
- Monitorização de:
TA ; Débitos Urinários ; Temp. Axilar

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Cadáver e Transplante de Órgãos.
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – N.º – Portaria Nº 357/9 de maio de 2009.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

AVALIAÇÃO DO DADOR

- Historia clínica
- Grupo sanguíneo
- Dados laboratoriais:
 - # marcadores virais
 - # parâmetros de infecção
 - # função renal e hepática

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – Colúnia e
Transplante de Órgãos,
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – N.º – Portaria Nº 35710 de maio
de 2008

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

CONTRA-INDICAÇÕES PARA ACEITAÇÃO DE DADOR CADÁVER

DEFINITIVAS

- HIV +
- HCV +
- HBs Ag +
- Neoplasias malignas
- Infecções sistêmicas
- Doença renal conhecida
- HTA grave
- Creatinina superior a 1,5 de entrada e/ou superior a 2,5 pré colheita

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

➤ ORGANIGRAMA DE COLHEITA



DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007
Colúnia e Transplante de Órgãos,
DIÁRIO DA REPÚBLICA – 1ª Série – N.º – Portaria Nº
35710 de maio de 2008

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR CADAVER E DADOR VIVO

- Oferta e coordenação de colheita multiorgânica
- Preparação e transporte de material para colheita
- Colheita dos órgãos pelas equipas á hora acordada
- Preenchimento do protocolo de colheita
- Comunicação p/ Lusotransplante das características dos órgãos colhidos

DIÁRIO DA REPÚBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 - Cadáver e Transplante de Órgãos.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - 1ª Série - Nº9 - Portaria Nº 3575 de maio de 2008

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

- **Seleccção dos dadores**
- Motivação para doar
- Indivíduos saudáveis
- Indivíduos compatíveis
- Função renal normal
- Função renal simétrica
- Anatomia renal compatível com doação sem risco

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

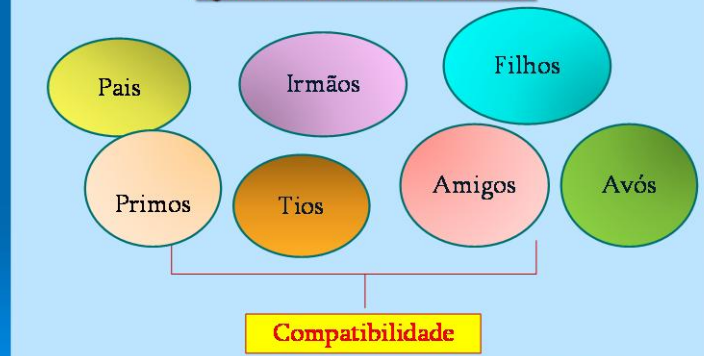
Legislação

- Art. 8º, nº1 - O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido, informado e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.
- Prevê que a doação possa ser feita sem relação de parentesco directa entre o receptor e o dador

Despacho nº 26951/2007 Diário da República

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

QUEM PODE SER DADOR?



Despacho nº 26951/2007 Diário da República

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Preparação do dador/receptor

- Inscrição para Transplante
- Consulta de Nefrologia
- “ Cirurgia
- “ Enfermagem
- “ Psicólogo

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Cont:

- Consulta Assistente social – Avaliação da situação social e económica do dador /receptor
- Parecer da EVA (Entidade de verificação da admissibilidade da colheita para transplante)

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

EVA – (Entidade de Verificação da admissibilidade da Colheita para Transplante).

“ Compete emitir parecer vinculativo sobre a admissibilidade da dádiva e colheita em vida de órgãos não regeneráveis para transplante, garantindo que a mesma é consentida de forma livre, esclarecida, informada e inequívica, e com respeito pelos princípios da gratuidade, altruísmo e solidariedade”.

Despacho nº 26951/2007 Diário da Republica

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação do dador/receptor

- Avaliação clínica
- Avaliação laboratorial (analises)
- Avaliação imagiológica (Rx. Angiotac, cintigrafia de perfusão, etc.)

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação do dador

Avaliação clínica:

História clínica

Despiste de patologia renal:

- ✓ hematúria
- ✓ edemas
- ✓ infecções urinárias
- ✓ litíase
- ✓ história familiar de doença
- Maior risco operatório
- Manutenção da função renal a longo prazo
- Ant. de tromboembolismo

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

- Antecedentes psiquiátricos
- Doença maligna
- Alcool e drogas
- Cirurgias anteriores
- Idade
- Obsidade
- Hipertensão
- Diabetes
- Hábitos tabagicos

Despacho nº 26951/2007 Diário da República

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

AVALIAÇÃO DO DADOR:

Contra indicações para doação:

- Doença maligna prévia excepto:
 - Tumores cutâneos de baixa malignidade
 - Carcinoma in situ do colo uterino
- HTA - atingimento de órgão alvo
 - HTA mal controlada
 - HTA controlada com terapêutica múltipla
 - presença de outros factores de risco
- Diabetes mellitus (contra indicação absoluta)
- Litíase renal – sem emissão de calculos há 10 anos (contra indicação relativa)

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Objectivo 1

Poder proporcionar aos doentes renais crónicos um rim para transplantar num espaço de tempo menor e com probabilidade de funcionar durante mais anos.

Objectivo 2

- Mortalidade zero
- Morbilidade reduzida
- Sem lesões no rim

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

Avaliação dador e receptor

- **REUNIÃO MÉDICO-CIRURGICA**
 - ❑ Avaliação clínica
 - ❑ Avaliação de enfermagem
 - ❑ Avaliação da assistente social
 - ❑ Avaliação do psicólogo
- **Consentimento informado** verificado pelo médico designado
- **Entrevista com EVA** entidade verificadora da acessibilidade
- Consulta de Anestesia
- Início de imunossupressão
- Agendamento da cirurgia

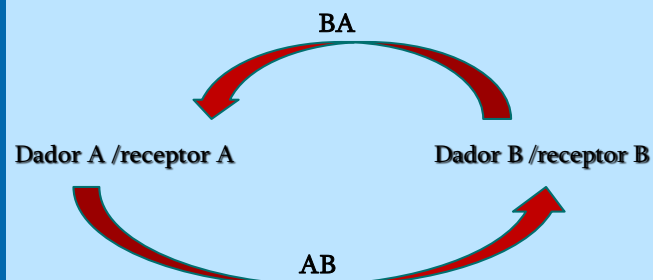
TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

“Doação Renal Cruzada com dador vivo processo de alocação que permite a transplantação de órgãos compatíveis através do intercâmbio de rins de dois ou mais pares dador-receptor”.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA



Diário da República nº 163 Art. 1 23 Agosto 2010

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Hospital comunica



ASST (autoridade p/ os serviços de sangue e transplantação)

Tem competências de:

- Funções de regulação
- Controlo e fiscalização da actividade de transplantação;
inclusão de um par dador-receptor no PNDRC

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO

DOAÇÃO RENAL CRUZADA

A seleção dos pares para cruzamento é feita 2X Ano.

Após a seleção é comunicado pela ASST aos centro de transplantação e ao centro de histocompatibilidade;

O receptor colocado de imediato em **standby** na lista de dador de cadaver;

Os dados referentes ao dador são enviados á equipa de transplante;

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO
DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Confidencialidade

Salvo o consentimento de quem de direito, **é proibido** revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO
DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Procedimento para colheita:

- A data e hora da colheita será acordada entre os centros;
- A nefrectomia dos dadores é realizada nos centros onde estão inscritos;
- Não se procede há **indução anestésica** dos receptores até as nefrectomias estejam concluídas e os órgãos considerados para transplante;

TRANSPLANTAÇÃO RENAL – DADOR VIVO
DOAÇÃO RENAL CRUZADA

Intercorrências:

Se os rins já foram extraídos e um dos transplantes não possa ser realizado, então o rim será transplantado num doente da lista de espera de dador de cadaver.

O receptor vai para a lista de espera de cadaver atribuido o grau de (SU).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIARIO DA REPUBLICA Nº 124, 29 de junho de 2007 – **Colheita e Transplante de Órgãos.**
- DIARIO DA REPUBLICA – 1ª Serie – Nº9 – Portaria Nº 357 9 de maio de 2008.
- DIARIO DA REPUBLICA Nº 163, de 23 de agosto de 2010 portaria nº 802/2010.
- FRANKLIN, Patrícia M. Transplante renal. in: Thomas, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. 2ª. Ed. Loures: Lusociência, 2005. P. 363-434. ISBN 972-8383-85-1.
- GÁLVEZ, M. del Pilar Duque, - Transplantament – **Transplante renal experimental en el cerdo com donante e corazón parado**. Estudio de la lesión por isquemia-reperfusion. Marcadores de viabilidad del injerto, Barcelona: s.e. (2000) p 11.
- RIETHER, A. M.; & MAHLER **Organ donation – psychiatric, social and ethical considerations.** *Psychosomatics*, 1995 36(4), 336-343.

APÊNDICE XIII – Planificação da ação de formação sobre o tema “ o processo de colheita de órgãos, dador vivo – doação cruzada.

PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Título	Colheita de órgãos, dador vivo – doação cruzada.
Fundamentação	O transplante é a única opção terapêutica e curativa da função renal, trazendo ao doente insuficiente renal uma melhoria bastante significativa da sua qualidade de vida e dos seus familiares. É pertinente a formação dos enfermeiros do serviço para terem conhecimento de todo o processo de seleção dos doentes e colheita de órgãos.
Objetivos	Conhecer o processo de colheita de órgãos de dador cadáver, Transmitir informação referente ao processo de pré-transplantação de dador vivo e dador cruzado.
Destinatários	Enfermeiros do serviço de nefrologia e hemodiálise
Programa	<ul style="list-style-type: none">• Colheita de órgãos seleção do dador cadáver;• Reconhecimento de morte cerebral• Medidas gerais para manutenção do dador• Contraindicações para seleção de dador cadáver• Legislação• Doação cruzada
Horário e Local	HSC, sala de formação piso 7 Dia 18/06/2011 das 14h às 16h
Avaliação	Questionário de avaliação da ação de formação

APÊNDICE XIV – Questionário de avaliação da ação de formação.

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL

Área de Especialização em Enfermagem Medico Cirúrgica

Grelha de avaliação da ação de formação

Preencha a grelha de avaliação referente á formação, considerando,

1 – INSUFICIENTE 2 - SUFICIENTE 3 - BOM 4 – MUITO BOM

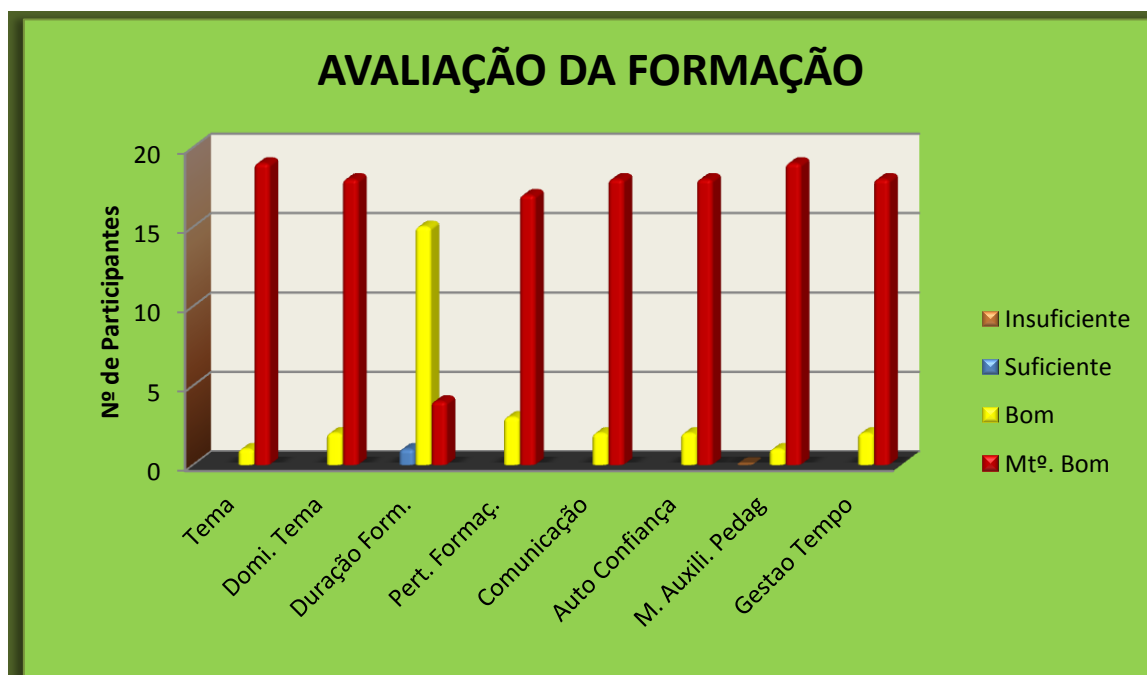
	1	2	3	4
Tema				
Domínio do assunto				
Duração da formação				
Pertinência da sessão				
Clareza na apresentação (comunicação)				
Autoconfiança				
Utilização de auxiliares pedagógicos				
Gestão do tempo				

Comentários

APÊNDICE XV – Avaliação da ação de formação realizada no serviço de nefrologia

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO REALIZADA NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Nesta ação de formação participaram 20 enfermeiros que trabalham no serviço de nefrologia e hemodiálise do HSC. Em relação aos resultados apresentados posso dizer que de uma geral ação de formação foi muito boa.



Dos resultados do questionário salienta-se:

Tema - 95% muito bom, 5% bom.

Domínio do tema – 90% muito bom, 10% bom.

Duração da formação – 20%, muito bom, 75%, bom, 5% suficiente.

Pertinência da formação – 85% muito bom, 15% bom.

Comunicação – 80% muito bom, 20% bom.

Autoconfiança – 90% muito bom, 10% bom.

Meios auxiliares pedagógicos – 95% muito bom, 5% bom.

Gestão de tempo – 80% muito bom, 20% bom.

Em relação aos comentários consideram o tema bastante interessante para o serviço de nefrologia uma vez que este serviço recebe o doente transplantado com complicações

médicas, ou o doente IRC que inicia HD. Neste sentido é necessários os enfermeiros terem formação nesta área para transmitirem as várias opções aos doentes quando iniciam a sua hemodiálise. Os participantes consideram os conteúdos da formação muito interessantes, mas seria importante haver mais tempo para a discussão do tema.

APÊNDICE XVI – Poster



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Hospital S. Cruz – Unidade de Transplantação Renal António Pina



alunosdoadoresdeorgaos.blogspot.com



para a minha irmã



ppavesi.blogspot.com



Elaborado Por: Adelina Pinto
Orientador: Enf. Gregório Labisa
Prof. Filípa Veludo

Doar um rim é um acto de Amor...

O importante não é o que se dá, mas o amor com que se dá

Madre Teresa de Calcutá

ANEXOS

ANEXO I - Sessão de formação em serviço “Doação de órgãos – Identificação de dadores.”



Declaração

Maria Adelina Russo Pinto esteve presente na Sessão de Formação em Serviço "Doação de Órgãos - Identificação de Dadores " promovida pelo Serviço de Urgência Geral no dia 26 de Outubro de 2011, com duração de 1 hora.

Lisboa, 2 de Novembro de 2011

A Direcção de Enfermagem



João Fernandes
Director de Enfermagem

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa
NIF: 507618319
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde
Renovação da Acreditação até 31 de Dezembro de 2011.

ANEXO II - Sessão de formação sobre o tema “Risco Clínico e Segurança do doente” realizado no HSFX.

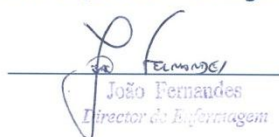


Declaração

Maria Adelina Russo Pinto esteve presente na Sessão de Formação em Serviço "Risco Clínico e Segurança do Doente" promovida pelo Serviço de Urgência Geral no dia 4 de Novembro de 2011, com duração de 1 hora.

Lisboa, 4 de Novembro de 2011

A Direcção de Enfermagem


João Fernandes
Director de Enfermagem

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa
NIF: 507618319
Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação nº 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde
Renovação da Acreditação até 31 de Dezembro de 2011.
